இரைப்பை-குடல்-மலக்குடல் இயல்

(அறுவை மருத்துவப் பகுதி)

(SURGICAL-GASTRO-ENTEROLOGY AND PROCTOLOGY)

Dr. ந. அரங்கபாஷ்யம்

Dr. து. ஞானப்பிரகாசம்



தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம்

த. பா. நி. (க. வெ.) வரிசை எண் – 825

இரைப்பை-குடல்-மலக்குடல் இயல்
(அறுவை மருத்துவப் பகுதி)

ஆசிரியர்கள்

டாக்டர் ந. அரங்கபாஷ்யம்,
F.R.C.S., F.A.C.S., F.I.C.S., F.A.C.G., F.I.A.P.,
கௌரவப் பேராசிரியர், அறுவை மருத்துவத்துறை,
சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி,
கௌரவ அறுவை மருத்துவர்,
அரசினர் பொது மருத்துவமனை,
சென்னை.

டாக்டர் து. ஞானப்பிரகாசம், எம். எஸ்.,
உதவிப் பேராசிரியர், அறுவை மருத்துவத்துறை.
சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி.
உதவி மருத்துவர், அரசினர் பொதுமருத்துவமனை,
சென்னை.

தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம்

First Edition — October, 1978
Number of Copies — 1000

T. N. T. B. S. (C. P.) No. 825

SURGICAL GASTRO - ENTEROLOGY AND PROCTOLOGY

DR. N. RANGABASHYAM
And
DR. D. GNANAPRAKASAM

Price. Rs. 6 - 00

Published by the Tamilnadu Text book Society under the Centrally Sponsored Scheme of Production of books and literature in regional languages at the University level, of the Government of India in the Ministry of Education and Social Welfare (Department of Culture), New Delhi.

This book has been printed on concessional paper made available by the Government of India.

Printed by :
Stree Seva Mandir Press,
T. Nagar, Madras - 600 017.

அணிந்துரை

(திரு. செ. அரங்கநாயகம், தமிழகக் கல்வி அமைச்சர்)

தமிழைக் கல்லூரிக் கல்வி மொழியாக ஆக்கிப் பதினெட்டாண்டுகள் ஆகிவிட்டன. குறிப்பிட்ட சில கல்லூரிகளில் இளங்கலை வகுப்புவரை மாணவர்கள் தங்கள் பாடங்கள் அனைத்தையும் தமிழிலேயே கற்று வந்தனர். 1969ஆம் ஆண்டிலிருந்து அறிவியல் பாடங்களையும் தமிழிலேயே கற்பிக்க ஏற்பாடு செய்துள்ளோம். தமிழிலேயே கற்பிப்போம் என முன் வந்துள்ள கல்லூரி ஆசிரியர்களின் ஊக்கம், பிற பல துறைகளில் தொண்டு செய்வோர் இதற்கெனத் தந்த உழைப்பு, தங்கள் சிறப்புத் துறைகளில் நூல்கள் எழுதித் தர முன்வந்துள்ள நூலாசிரியர்கள் தொண்டுணர்ச்சி இவற்றின் காரணமாக இத் திட்டம் நம்மிடையே மகிழ்ச்சியும் மனநிறைவும் தரத்தக்க வகையில் நடைபெற்று வருகிறது. இவ்வகையில் கல்லூரிப் பேராசிரியர்கள் கலை, அறிவியல் பாடங்களை மாணவர்களுக்குத் தமிழிலேயே பயிற்றுவிப்பதற்குத் தேவையான பயிற்சியைப் பெறுவதற்கு மதுரைப் பல்கலைக்கழகமும் சென்னைப் பல்கலைக்கழகமும் ஆண்டுதோறும் எடுத்துவரும் பெருமுயற்சியைக் குறிப்பிட்டுச் சொல்ல வேண்டும்.

வரலாற்றியல், அரசியல், உளவியல், பொருளியல், மெய்ப்பொருளியல், புவியியல், புவியமைப்பியல், மனையியல், கணிதவியல், இயற்பியல், வேதியியல், உயிரியல், வானியல், புள்ளியியல், விலங்கியல், தாவரவியல், பொறியியல், சட்டவியல் ஆகிய எல்லாத் துறைகளிலும் மூலநூல்கள், மொழிபெயர்ப்பு நூல்கள் என்று இரு வகையிலும் தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம் நூல்களை வெளியிட்டு வருகிறது.

இவற்றுள் ஒன்றான **இரைப்பை-குடல் - மலக்குடல் இயல் (அறுவை மருத்துவப் பகுதி)** என்னும் இந் நூல் தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனத்தின் **825** ஆவது வெளியீடாகும். கல்லூரித் தமிழ்க் குழுவின் சார்பில் வெளியான **35** நூல்களையும் சேர்த்து இதுவரை **860** நூல்கள் வெளிவந்துள்ளன. இந் நூல் மைய அரசு, கல்வி, சமூக நல அமைச்சகத்தின் 'மாநில மொழியில் பல்கலைக்கழக நூல்கள் வெளியிடும் திட்ட'த்தின்கீழ் வெளியிடப்படுகிறது.

தமிழில் பயிலும் மாணவர்கள் உலக மாணவர்களிடையே சிறந்த இடம் பெற வேண்டும் என்பதே நம் குறிக்கோளாகும். கல்லூரிகளிலும் பல்கலைக்கழகங்களிலும் கலையியற் பாடங்களையும், அறிவியற் பாடங்களையும், தொழில்நுட்ப அறிவுப் பாடங்களையும் பயிலுகின்ற மாணவர்கள், அவற்றைத் தமிழில் பயில வேண்டும் என்பதை வலியுறுத்தி வருவதற்குக் காரணம், தமிழறிவு வளர வேண்டும் என்பதைவிட, தமிழ் மக்களின் அறிவு ஆற்றல் எளிதாக, விரைவாக வளரவேண்டும் என்பது தான். 'எதிலும் தமிழ்; எங்கும் தமிழ்' என்னும் குறிக்கோளை நிறைவேற்ற வேண்டிய கடப்பாடு தமிழக ஆசிரியப் பெருமக்களையும் மாணவர்களையும் சார்ந்ததாகும். தமிழ் நாட்டுப் பல்கலைக்கழகங்களின் பல்வகை உதவிகளுக்கும் ஒத்துழைப்புக்கும் நம் மனம்கலந்த நன்றி உரியதாகுக!

செ. அரங்கநாயகம்

பொருளடக்கம்

1. உணவுக் குழல்
(Oesophagus)

உணவுக் குழல் எதிர்க்களிப்பு அழற்சி (Reflex Oesophagitis)

அமிலம் கலந்த இரைப்பை நீர் ஒரு சில காரணங்களால் சிலருக்கு இரைப்பையிலிருந்து உணவுக் குழலுக்குள் எதிர்க் களிப்பதால், உணவுக் குழலின் கீழ்ப்பகுதியின் உட்புறம் அழற்சிக்குள்ளாகிறது. அழற்சி அதிகமாகும்போது புண் ஏற்படுகிறது. தக்க சமயத்தில் உரிய சிகிச்சை அளிக்கப் படாவிட்டால் நாளடைவில் அதிக வலி ஏற்படுவதுடன் புண்ணுள்ள பகுதியில் நார்த் திசுக்கள் பரவி உணவுக் குழலில் சுருக்கம் ஏற்பட்டு அடைப்பு உண்டாகலாம்.

இவ்வித எதிர்க்களிப்பு ஒரு சிலருக்கே ஏற்படுகிறது. அவர்களுக்கு உணவுக் குழலுக்கும் இரைப்பைக்கும் இடையே எதிர்க்களிப்பைத் தடுக்கவல்ல சுருங்கி விரியும் தன்மைகொண்ட இதய அருகு வட்டத் தசை (cardiac sphineter) (Cardiac sphinter = Anorbicularin muscle having the power of contraction and relaxation) சரிவர இயங்காததாலும், வயிற்றின் உள் அழுத்தம் (Intra - Abdominal Pressure) அதிகரிப்பதாலும், இரைப்பை நீர் அதிகம் சுரப்பதாலும் இந் நோய் ஏற்படுகிறது. இந்த இதய அருகு வட்டத் தசைக் கோளாறு உள்ளவர்களுக்கு மார்புக் கூட்டிலிருந்து வயிற்றுப் பகுதிக்கு உணவுக் குழல் வரும் துவாரம் வழியாக இரைப்பை ஏறும் நோயும் (Hiatus Hernia) சேர்ந்து இருக்கலாம். உணவுக் குழல் இரைப்பைச் சந்திப்புப் பகுதியில் செய்யப்படும் ஒரு சில அறுவைச் சிகிச்சைகளினாலும், ரைல்ஸ் குழாய் போன்ற இரப்பர்க் குழாய்களை நீண்ட நாள்கள் போட்டு வைத்திருப்பவர் களுக்கும் இவ்வித எதிர்க்களிப்பு ஏற்பட ஏதுவுண்டு. வயிற்றின் உள் அழுத்தம் கருவுற்ற பெண்களுக்கும், உடல் பருமனுக உள்ளவர்களுக்கும், அடிக்கடி மலச்சிக்கல் மற்றும் ஓயாத இருமல் உள்ளவர்களுக்கும், குனிந்தபடியே நீண்ட நேரம் வேலை செய்பவர்களுக்கும் எளிதில் அதிகமாகிறது. மேலும் பிறவியிலேயே அந்த 'அருகுவட்டத் தசை' சரிவர இயங்காமல் போவதும் உண்டு.

நோயின் இயல்புகள் : இந் நோயில் இரைப்பை அமிலத்தால் உணவுக் குழலின் உட்பகுதி அரிக்கப்படுவதாலும், உணவுக் குழல் அடிக்கடி வேகமாகச் சுருங்கி விரிவதாலும் மார்புக்கூட்டின் அடிப்பகுதியின் பின்புறத்திலும் முதுகுப்பகுதியிலும் எரிச்சல், வலி முதலியன உண்டாகும். சில சமயம் உணவுக் குழலில் உள்ள புண்ணிலிருந்து இரத்தக் கசிவு ஏற்பட்டு இரத்த வாந்தியும் உண்டாகலாம். சிறு அளவில் நீண்ட நாள்கள் இரத்தக்கசிவு இருப்பதால் சோகை நோயும் ஏற்படும். எரிச்சல் உண்டாகும்போது உணவுக் குழல் சுருங்குவதால் உணவு விழுங்க முடியாதநிலை ஏற்படும். (நெடுநாளைய) நோயில் உணவுக் குழலின் கீழ்ப்பகுதி நார்த்திசுப் பெருக்கத்தால் நிரந்தரமாகச் சுருங்கி, நோயாளி எதையுமே விழுங்க முடியாத நிலை ஏற்படலாம்.

நோய் அறிதல் (நோய் அறி சோதனைகள்) (Investigations)

'பேரியம் கலவை'யை நோயாளி விழுங்கும்போது எக்ஸ்ரே (கதிர் வீச்சுப்) படம் எடுத்தல், 'உணவுக் குழல் நோக்கி' (Oesophagoscopy) மூலம் சோதித்தல் ஆகிய முறைகளின் மூலம் இந் நோயை எளிதில் அறியலாம். வயதான நோயாளிகளுக்குப் புற்று நோயிலிருந்து இதனைப் பிரித்தறிவது அவசியம்.

சிகிச்சை

பெரும்பாலானவர்களுக்கு அறுவைமுறையின்றியே குணப்படுத்தலாம். எடைக் குறைப்பு, நேரம் தவறாது அமிலத்தைச் சமநிலையாக்கும் (Antacids) மாத்திரைகளைச் சாப்பிடுதல், வயிறு முட்ட உண்பதைத் தவிர்த்தல், குனிந்து வேலை செய்யாமலிருத்தல், உயரமாகத் தலையணை வைத்து உறங்குதல் ஆகியவைகளைக் கடைப்பிடித்தால் இந் நோய் விரைவில் குணமாகும். இவ் வழியில் குணமாகாவிடில், இந் நோய் ஏற்படுதற்கான காரணங்களைச் சரிசெய்ய அறுவைச் சிகிச்சையினை மேற்கொள்ள வேண்டும். சரிசெய்யப் பெற வேண்டிய காரணங்கள் :

1. அமிலம் எதிர்க்களிப்பதைத் தவிர்த்தல்.
2. இரைப்பை மார்புக் கூட்டுக்குள் ஏறுவதைத் தடைப் படுத்தல்.
3. உணவுக்குழல் சுருங்குவதை நீக்குதல்.

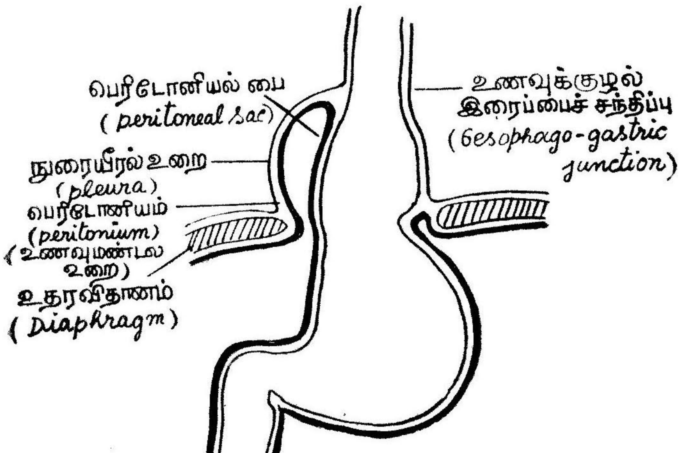
இரைப்பை நெஞ்சினுள் ஏறுதல் (Hiatus Hernia)

இது இருவகைப்படும்.

1. சரிவு வகை (Sliding type)
2. உருளும் வகை (Rolling type)

சரிவு வகை இரைப்பை ஏற்றம்

இவ்வகையில் உணவுக்குழல் இரைப்பைச் சந்திப்பு (Cardia) இரைப்பையின் கீழ்ப்பகுதியுடன் நெஞ்சுக்குள் ஏறுகிறது. உணவுக் குழலின் நீளத்தில் எந்தவித மாறுதலும் இருப்பதில்லையாதலால், ஏறிய இரைப்பை தானுகவே பழைய இடத்திற்குத் திரும்பிவிடுகிறது. இல்லையேல் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் திரும்ப அதே இடத்திற்குக் கொண்டுவரமுடியும்.



படம் 1. சரிவு வகை இரைப்பை ஏற்றம்.

பிறவியிலேயே சில குழந்தைகளுக்கு இந் நோய் ஏற்படலாம். அத்தகைய குழந்தைகளை உட்காரவைத்தே உணவூட்டுவதால் நாளடைவில் இக் குறை சரியாகலாம். பெரும்பாலும் இந்த நோய் 40 முதல் 70 வயது வரை உள்ளவர்களுக்கே வருவதால், இது ஒரு பிறவிக் குறை என்பதைவிடப் பிற்காலத்தில் உண்டாகும் நோய் என்று சொல்வதே பொருத்தமானதாகும்.

நோயின் இயல்புகள்

இரைப்பையின் அமிலம் உணவுக் குழலினுள் எதிர்க்களிப்பதால் உண்டாகும் குணம் குறிகளே இதிலும் ஏற்படுகின்றன.

சில சமயங்களில் இரைப்பையின் பெரும்பகுதி நெஞ்சினுள் ஏறுவதால் அதிக வலியும் மூச்சுத் திணறலும் இருக்கும். இரைப்பை நுரையீரலை அழுத்தி அது சுருங்கிப் போவதும் (Collapse) உண்டு. ஏறிய இரைப்பைப் பகுதியில் புண் ஏற்பட்டு இரத்தக் கசிவும் உண்டாகலாம். ஆனல், இது மிகவும் அரிது.

சிகிச்சை

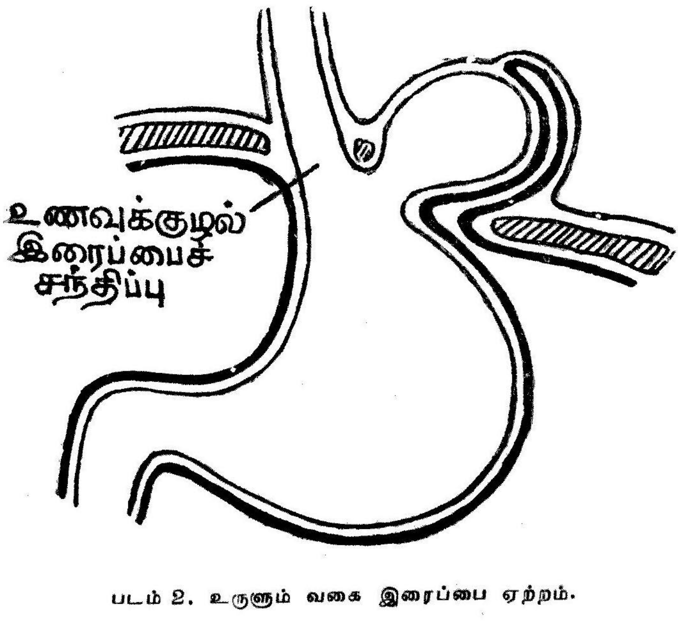
இந் நோய் உள்ளவர்களில் 20 சதவிகிதத்தினருக்குக் குடற் புண், பித்தப்பையில் கல், இரைப்பைப் புண், இதயநோய் ஆகியவைகளும் உடனிருக்கும். எனவே, இவைகுறித்த எல்லாச் சோதனைகளையும் செய்வது அவசியம். ஆரம்பகாலத்தில் அறுவைச் சிகிச்சை இன்றியே இந் நோயை ஓரளவு குணப்படுத்தலாம். அவ் வழியில் குணம் ஏற்படாவிட்டாலும், அடைப்போ அல்லது அதிக இரத்தக் கசிவோ உண்டானலும் அறுவைச் சிகிச்சை அவசியமாகிறது. வயதானவர்களுக்கே இந் நோய் பெரும்பாலும் ஏற்படுவதால் அறுவைச் சிகிச்சை ஓரளவு கடினமானதும் ஆபத்தானதுமாகி விடுகிறது. எனவே, அதிக நாள்களை மருந்துகள் மூலம் சிகிச்சையளித்து வீணுக்குவதைவிட விரைவில் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளுவது சிறந்தது.

அறுவைச் சிகிச்சையில் ஏறிய இரைப்பையைப் பழைய இடத்திற்குக் கொண்டுவருதல், அமிலம் எதிர்க்களிப்பதைத் தடுத்தல், உணவுக் குழல் வயிற்றினுள் செல்லும் துவாரத்தின் அளவைக் குறைத்தல் ஆகியவை மேற்கொள்ளப்படுகின்றன. இதற்கான அறுவைச் சிகிச்சையை வயிற்றைத் திறந்தோ, நெஞ்சுப் பகுதியைத் திறந்தோ அல்லது இரண்டையும் சேர்த்துத் திறந்தோ செய்யலாம். ஆனல், வயிற்றுப் பகுதி வழியாகச் செய்வதே சிறந்ததாகும். ஏனெனில், மேற்கூறியபடி வேறு சில கோளாறுகளும் உடன் இருக்குமாயின் அதையும் சேர்த்துச் சரிசெய்ய இம் முறையில் வாய்ப்பு உண்டு. நாட்பட்ட நோயாளிகளின் உணவுக் குழல் மற்றும் ஏறிய இரைப்பை, நெஞ்சுக்குள் மற்ற பாகங்களுடன் நன்ருக ஒட்டிக் கொண்டிருக்குமாதலால், அத்தகையோருக்கு நெஞ்சின் வழியே சிறந்தது. அறுவைச் சிகிச்சையில் ஏறிய இரைப்பையை வயிற்றுப் பகுதிக்குக் கொண்டுவந்த பிறகு உணவுக் குழலுக்குப் பின்புறம் சில தையல்களைப் போட்டுத் தளர்ந்த அந்தத் துவாரத்தைச் சிறிதாக்குவதால் மீண்டும் அது ஏருமல் தடுக்கமுடியும். இந் நோய்க்காகப் பலவித அறுவைச் சிகிச்சை

கள் உள்ளன. அவை யாவற்றையும் இங்கு விவரிப்பது இயலாததாகும்.

உருளும் வகை இரைப்பை ஏற்றம்

சரிவு வகையோடு ஒப்பிடும்போது இவ்வகை மிகக் குறைவாகவே 95 : 5 என்ற விகிதத்தில் ஏற்படுகிறது. இதில் இரைப்பையின் தலைப்பகுதி (முதல்) (Fundus) உணவுக் குழலின் பக்கத்தில் உள்ள இடுக்கு வழியாக நெஞ்சுக்குள் ஏறுகிறது. இதற்கு உணவுக் குழல் பக்கவாட்டு இரைப்பை ஏற்றம்' (Para Oesophageal) என்ற வேறொரு பெயரும் உண்டு. இதில், உணவுக் குழல் இரைப்பைச் சந்திப்புப் பகுதி (Cardia) இருக்கவேண்டிய இடத்திலேயே இருக்கும். அது நகருவதில்லை. மேலும் இரைப்பை அமிலம் உணவுக் குழலுக்குள் எதிர்க்களிப்பதும் இல்லை. உணவுக்குழலின் பக்கத்தில் உள்ள இடைவெளி அதிகமாக இருந்தால் இரைப்பை அதிக அளவில் நெஞ்சுக்குள் உருண்டு போகும். சில சமயம் இரைப்பையுடன் ‘ஓமென்டமும்’ பெருங்குடலும்கூட நெஞ்சுக்குள் ஏறுவதுண்டு.



படம் 2. உருளும் வகை இரைப்பை ஏற்றம்.

இந் நோயில் நோயாளிக்கு நெஞ்சுவலி அதிகமாக உண்டாகும். ஏப்பம் விடுவதனாலும், வாந்தி எடுப்பதனாலும்

வலி சற்றுக் குறையக்கூடும். இரைப்பையில் புண் இருப்பின் வலியுடன் இரத்தக் கசிவும் ஏற்படும். இரைப்பை ஏற்றம் அதிக அளவில் இருந்தால் முதுகு வலி, மூச்சுத் திணறல், இருதயப் பாதிப்பு முதலியனவும் உண்டாகலாம்.

சிகிச்சை

இந் நோயை அறுவைச் சிகிச்சையினால்தான் சரிசெய்ய முடியும். நெஞ்சுக்குள் ஏறியுள்ள பகுதிகளை வயிற்றினுள் திருப்பிவைத்து அந்த இடைவெளியைத் தையல்கள் போட்டு மூடிவிட வேண்டும்.

உணவுக் குழலின் செயல்பாட்டுக் குறைகள்

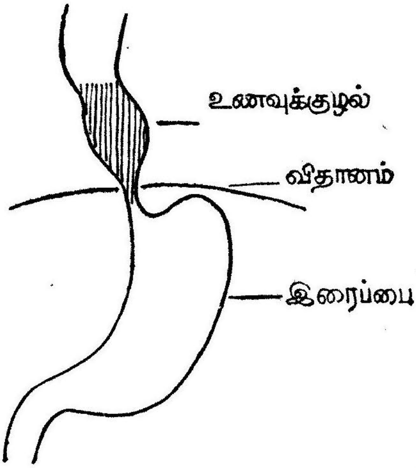
அமைப்பில் எந்தவித மாறுதலும் இன்றி, அதனுடைய இயக்கங்களில் மட்டும் சில சமயம் சில குறைகள் ஏற்படுவ துண்டு. இத் தொகுப்பில் உணவுக் குழல் இரைப்பைச் சந்திப்புப் பகுதியில் ஏற்படும் தசை இயக்கக் குறைதான் முக்கியமானதாகும்.

உணவுக் குழல் இரைப்பைச் சந்திப்புத் தசையியக்கக் குறை (Achalasia Cardia)

இந்த நோய் எந்த வயதிலும் வரலாம். ஆண், பெண் இரு பாலருக்கும் ஏற்படலாம். ஆயினும் 40 வயதை அடைந்த பெண்களுக்கே அதிக அளவில் காணப்படுகிறது. இந் நோய்க்கான சரியான காரணம் இதுவரை அறியப்படவில்லை.

இந் நோயுற்றவர்களுக்கு விழுங்குவதில் சிரமம் ஏற்பட்டு வரவர அதிகரித்துக்கொண்டே போகும். விழுங்க இயலாமை திட உணவைவிடத் திரவ உணவிற்கே அதிகம் இருக்கும். நாளடைவில் இந்த நோய்க்குறி (Difficulty in Swallowing) கடுமையாகி நிரந்தரமாகிவிடும். அப்போது விழுங்கிய உணவும் திரவமும் உணவுக் குழலின் உள்ளேயே தேங்கி, உணவுக் குழல் விரிவடையும். தேங்கிய நீரும் உணவும் புளித்துப் போவதால் உணவுக் குழலின் உட்பகுதியில் இலேசான புண்ணும் சில சமயங்களில் நோய்க்கிருமிகளின் செயலால் தீவிர அழற்சியும் ஏற்படும். அந்த நோயாளிகள் படுக்கும்போது தேங்கியுள்ள உணவுப்பொருள் வாய்க்கு வரக் கூடும். அதே சமயத்தில் மூச்சுக் குழலினுள்ளும் போவதால், நுரையீரல் பாதிக்கப்பட்டு அடிக்கடி இருமலும் உண்டாகும்

நாம் உணவை விழுங்கியபோது உணவுக் குழாயில் ஓர் அலைபோன்ற அசைவு ஏற்பட்டு அதனால், உணவு கீழே நகர்த்தப்பட்டுக் கொண்டே போகும். அப்போது அந்த இடத்தில் உள்ள உணவுக் குழலின் தசைகள் வேண்டிய அளவு விரிவடைந்து உணவுக்கு வழிவிடும். இறுதியில் உணவு இரைப்பையை அடைகிறது. ஆனால், இந்நோயில் உணவுக்குழலின் கீழ்க் கோடியிலுள்ள தசைகள் விரிவடையாமல் எப்போதும் சுருங்கிய நிலையிலேயே இறுகி இருப்பதால் இவ் விளைவுகள் ஏற்படுகின்றன.



படம் 3. உணவுக் குழல் இரைப்பைச் சந்திப்புத் தசை இயக்கக் குறைநோயில் உணவுக் குழல் தோற்றம் (பேரியம் எக்ஸ்ரே)

நோயறிதல் (நோய் அறி சோதனைகள்)

நோயாளி அவரது நோய்க் குணங்களை விவரிப்பதிலிருந்தே இந் நோயை ஓரளவு கண்டுகொள்ளலாம். மேலும், பேரியம் கொடுத்து நோயாளியை விழுங்கச் செய்து எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தல், உணவுக் குழல் நோக்கிமூலம் சோதித்தல் (Oesophagoscopy) ஆகியவைகளால் இந் நோயை எளிதில் அறியலாம்.

சிகிச்சை

ஆரம்ப காலத்தில் உணவுக் குழலின் அடிப்பாகத்தைப் பலவித முறைகளில் விரிவுபடுத்துவதால் இந் நோயைக் குணப்படுத்தலாம். மேலும் இம் முறையை அடிக்கடி செய்துவர வேண்டும். நாட்பட்ட நோயாளிக்கு அறுவைச் சிகிச்சைதான் தேவைப்படும். இதற்காகச் செய்யப்படும் அறுவைச் சிகிச்சை ‘கார்டியோ மயாட்டமி’ அல்லது ‘ஹெல்லரின் அறுவை முறை’ (Cardio Myotomy or Heller’s operation) என்பதாகும். இதில் உணவுக் குழலும் இரைப்பையும் சேருமிடத்தின் முன்புறத்தில் 5 சென்டிமீட்டர் நீளத்திற்கு நீட்டுவாக்கில் கீறி, ஈர அடர்ப் படலத்தை (Mucous Membrane) மட்டும் விடுத்து மற்ற நீளத் தசை, வட்டத் தசைகளை (Longitudinal and circular muscles) வெட்ட வேண்டும். இந்த அறுவைச் சிகிச்சையை வயிறு

அல்லது நெஞ்சு வழியாகச் செய்யலாம். அறுவைச் சிகிச்சைக் குப்பின் நோயாளிக்கு முற்றிலும் குணம் உண்டாகிறது.

உணவுக்குழல் புற்றுநோய்

உணவுக்குழலில் புற்றுநோய் புண்ணுகவோ அல்லது கட்டியாகவோ தோன்றும். இதை வீரியமில்லாதது (Benign) வீரியமுள்ளது (Malignant) என இரு வகைப்படுத்தலாம்.

வீரியமில்லாத புற்றுநோய்

இவ்வகைப் புற்றுநோய் எப்போதும் கட்டி வடிவத்தில் இருக்கும். உணவுக் குழலின் உட்புறமுள்ள ஈர அடர்ப் படலத் தின் சுரப்பி அணுக்களிலிருந்து புற்றுநோய் தோன்றினுல், அது 'அடினேமா' (Adenoma) என்றும், மற்ற அணுக்களிலிருந்து தோன்றினுல் 'பேப்பில்லோமா' (Papilloma) என்றும், தானியங்கித்தசை அணுக்களிலிருந்து தோன்றினுல், 'லியோம யோமா' (leiomyoma) என்றும் அழைக்கப்படுகிறது. மேற்கூறிய வகைகளில் 'லியோமயோமா' வகை மற்றவற்றைக் காட்டிலும் அதிக அளவில் ஏற்படலாம்.

புற்றுநோய்க் கட்டிகள் உணவுக் குழலின் உட்புறம் வளர்ந்து அதன் வழியை அடைத்துக் கொள்வதால் நோயாளிக்கு விழுங்க முடியாத நிலே ஏற்படலாம். பேரியம் கதிர்வீச்சு, 'உணவுக் குழல் நோக்கி' சோதனே இவைகளால் இந் நோயை அறியமுடியும்.

அறுவைச் சிகிச்சை செய்து அந்தக் கட்டியை நீக்குவது தான் அதற்கான தகுந்த சிகிச்சையாகும். சில சமயங்களில் உணவுக் குழலின் ஒரு பகுதியையே நீக்க வேண்டி வரலாம். அப்படி நீக்கியபின் மீதமுள்ளவற்றை இணேத்துவிடலாம்.

வீரியமுள்ள புற்றுநோய்

உணவுக் குழலில் வீரியப் புற்றுநோய் பொதுவாக 60 வயதிற்கு மேற்பட்டவர்களுக்கு வருகிறது. ஆண்கள், பெண் கள் விகிதம் 3:1 என்று அமைகிறது. இரைப்பைப் புற்று நோயுடன் ஒப்பிடும்போது இது மிகக் குறைந்தவர்களுக்கே வருகிறது. இது ஓர் இடத்தில் தோன்றி விரைவில் மேலும்கீழும் பரவுவதால் முதலில் எந்த இடத்தில் ஏற்பட்டது என்று அறிவது கடினம். மேல் $\frac{1}{3}$ பாகத்தில் 25 சதவிகிதமும், நடு $\frac{1}{3}$ பாகத்தில் 45 முதல் 50 சதவிகிதமும், கீழ் $\frac{1}{3}$ பாகத்தில் 25 முதல் 30 சதவிகிதமும் ஏற்படுகிறது. முன் கூறியதுபோல் உணவுக்

குழலின் ஈர அடர்ப்படலத்தில் சுரப்பி அணு (Mucus Cell), சுரப்பி அல்லாத தட்டை அணு (Squamous Cell) என்னும் இருவகை அணுக்கள் உள்ளன. எந்த அணுவிலிருந்து புற்றுநோய் உண்டாகிறதோ அதற்கேற்ப அது சுரப்பி அணு வீரியப் புற்று நோய் 'அடினோகார்சினோமா' (Adenocarcinoma) அல்லது தட்டை அணு வீரியப் புற்றுநோய் 'ஸ்குவாமஸ்' 'கார்சினோமா' (Squamous Carcinoma) என இரு வகைப்படும். இதைத் தவிர உணவுக் குழலின் அடிப்பகுதியில் இரைப்பைச் சுரப்பி அணுக்கள் போன்ற அணுக்கள் இருக்குமாதலால் அதனின்றும் 'அடினோ கார்சினோமா' தோன்றக்கூடும்.

உணவுக் குழலின் புற்றுநோய் விரைவில் வளர்ந்து பெரிய கட்டியாகி உட்புறத்தை அடைப்பதாலும், உணவுக் குழலில் சுருக்கம் ஏற்படுவதாலும், உணவுப்பாதை அடைபட்டு நோயாளி உணவு விழுங்க முடியாத நிலை ஏற்படுகிறது. நாட்பட்ட நோயில் இப் புற்றுநோய் உணவுக் குழலைத் தாண்டி அருகிலுள்ள மூச்சுக்குழல், மகாதமனி, நுரையீரல் முதலியவற்றிற்குப் பரவலாம். நிணநீர்க் குழாய்கள் வழியாக முதலில் நிணநீர்க் கட்டிகளுக்கும் பிறகு உடலின் மற்ற பாகங்களுக்கும் இந் நோய் பரவுகிறது.

நோயின் இயல்புகள்

உணவு விழுங்க முடியாமையே இந்த நோயின் முக்கிய குணமாகும். இது கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அதிகரித்து ஒன்றுமே விழுங்க இயலாத நிலை ஏற்படும். அதனால், நோயாளி மிகவும் இளைத்துப் பலவீனத்துடன் காணப்படுவார். கடைசியில் எச்சில்கூட விழுங்க முடியாமல் போய்விடும். சில சமயம் விழுங்கிய எச்சில் எதிர்க்களித்துக் காற்றுக் குழலுக்குள் புகுவதால் அடிக்கடி சளிப்பிடித்து இருமல் உண்டாகும்.

நோய் அறி சோதனைகள்

பேரியம் கதிர்வீச்சு, 'உணவுக்குழல் நோக்கி' சோதனை, புற்றுநோய்த் திசுக்களை எடுத்துச் சோதித்தல் ஆகிய முறைகளில் இந் நோயைச் சரிவர அறியலாம்.

சிகிச்சை

இந் நோயை ஆரம்ப நிலையிலேயே கண்டறிந்து தக்க சிகிச்சை அளித்தால் குணப்படுத்த முடியும். ஆனால், சிகிச்சை நாடிவரும் நோயாளிகள் யாவரும் எதுவுமே விழுங்க முடியாத முற்றிய நிலையில் வருவதால் எவ்விதச் சிகிச்சையும் பயனளிக்

காத நிலை ஏற்பட்டு விடுகிறது. உணவு விழுங்க முடியாமை பல நோய்களில் இருக்கலாமாதலால் அத்தகைய குறை பாட்டிற்காக வரும் நோயாளிகளை நன்கு சோதித்துச் சரியான காரணத்தைக் காலந்தாழ்த்தாது கண்டறிவது மிகவும் அவசியம். இந் நோய்க்கான சிகிச்சை இரு வகைப்படும்.

1. அறுவைச் சிகிச்சை.
2. ஊடுகதிரியக்கச் சிகிச்சை.

மேலும் எந்தவிதச் சிகிச்சையையும் மேற்கொள்ள முடியாத முற்றிய நிலையில் உள்ளவர்களுக்கு உணவுக்கு மாற்று வழி அமைக்கும் உபசாந்தி அறுவைச் சிகிச்சைகளைக் கையாளலாம்.

இந்த நோய் நிணநீர்க் கட்டிகள், ஈரல் முதலியவற்றிற்குப் பரவியிருந்தாலும் இதயம், நுரையீரல் முதலியவை சரியாக வேலை செய்யாத நிலையில் இருந்தாலும் சோகை, புரதச் சத்துக் குறைவு, இரத்தத்தில் மின்பகு பொருள்களின் சமநிலை மாற்றம் இவை உள்ளவர்களுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை செய்ய இயலாது.

சிகிச்சை முறையை அந்த நோயின் தன்மைக்கும் அது தோன்றியுள்ள இடத்திற்கும் தக்கவாறு நிர்ணயிக்கலாம். மேல் $\frac{1}{3}$ பகுதியில் வரும் புற்று நோய்க்கு ஊடுகதிரியக்கச் சிகிச்சைதான் சிறந்தது. அந்த இடத்தில் அறுவைச் சிகிச்சை செய்வது மிகவும் கடினமாகவும் அதிக நேரம் பிடிக்கக்கூடிய தாகவும் இருக்கும். அப்படியே அறுவைச் சிகிச்சை செய் தாலும், அவ்வளவாக, அது திருப்திகரமான பலன் அளிப்ப தில்லை. நடு $\frac{1}{3}$ பகுதியில் ஏற்படும் புற்றுநோய்க்கு அறுவைச் சிகிச்சை, ஊடுகதிரியக்கச் சிகிச்சை ஆகிய இரண்டையுமே மேற்கொள்ளலாம். அறுவைச் சிகிச்சை நுணுக்கங்களின் படி அது எளிதாகத் தோன்றினல் இரண்டில் அறுவைச் சிகிச்சையே சிறந்ததாகும். கீழ் $\frac{1}{3}$ பகுதியில் உள்ள புற்று நோய்க்கு அறுவைச் சிகிச்சைதான் சிறந்தது.

அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள்

புற்றுநோய்க் கட்டியின் மேல் விளிம்பிலிருந்து 5 செ. மீ. தூரத்தில் உணவுக்குழல் துண்டிக்கப்பட்டு அதிலிருந்து இரைப்பையின் மேல் பாகம் வரையுள்ள உணவுக்குழலை நீக்கிய பின் மீதமுள்ள உணவுக்குழலுடன் இரைப்பையை நகர்த்தி இணைக்க வேண்டும். புற்றுநோய் ஏற்பட்டுள்ள இடத்திற்குத் தக்கவாறு அறுவைச் சிகிச்சை முறையும் மாறுபடலாம். நோயுற்ற உணவுக் குழலை நீக்கியபின் மீதமுள்ள உணவுக்

குழலுடன் இரைப்பையை நேரடியாக இணைக்க முடியாதபடி இடைவெளி அதிகமிருந்தால் பெருங்குடலின் ஒரு பகுதியை அந்த இடைவெளியில் பொருத்தி இணைப்புக் கொடுக்கலாம்.

ஊடுகதிரியக்கச் சிகிச்சை

இம் முறை மேல்பகுதி நடுப்பகுதிகளில் ஏற்படும் புற்று நோய்க்குப் பயன்படுகிறது. 'கோபால்ட்' என்னும் தீவிர ஊடுகதிர் பல கோணங்களிலிருந்து நோயுற்ற பகுதியில் செலுத்தப்படுவதால், இந் நோய் குணமாகலாம். மேற்கூறிய இடங்களில் உள்ள முற்றிய புற்று நோய்க்கும் உபசாந்தி யாகக் கதிரியக்கச் சிகிச்சை அளிக்கலாம். இது ஓரளவுக்கு நோயாளியின் வலியைத் தற்காலிகமாக நீக்கும். கதிரியக்கச் சிகிச்சையினுல் உணவுக் குழலுக்கும் காற்றுக் குழலுக்கும் இணைப்புத் துவாரம் (Fistula) ஏற்படுவது போன்ற சில ஊறுகள் விளைவதும் உண்டு.

உபசாந்தி அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள்

இவ்வித அறுவைச் சிகிச்சையின் நோக்கம் நோயாளியின் விழுங்க இயலாமையைத் தற்காலிகமாகப்போக்கி அவர் ஓரளவு உணவு உட்கொள்ள வழி செய்வதே ஆகும். இம் முறையில் அடைப்புள்ள பகுதியில் ஒரு செயற்கைக் குழாயைப் பொருத் தினுல் உணவு மேற்செல்ல வழி ஏற்படும். செயற்கைக் குழாய்கள் பல வகைப்படும்.

(1) சூட்டார்ஸ் குழாய் (Souttar's tube) என்பது உணவுக் குழல் நோக்கியின் உதவியைக்கொண்டே பொருத்தக்கூடியது. இது குறைந்த நீள அடைப்புக்கே பயன்படும். அடைப்புள்ள நீளம் அதிகமாயிருந்தால் செல்லெஸ்டின் குழாய் (Cellestin tube) அல்லது மௌசியன் பார்பின் குழாய் (Moussean Barbin tube) முதலியவையே சிறந்ததாகும். ஆனுல், இதைப் பொருத்து வதற்கு அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் வயிற்றைத்திறந்து இரைப்பை யையும் திறக்கவேண்டிய அவசியம் ஏற்படும். எனவே மிகவும் பலவீனமான நோயாளிக்கு இது உகந்ததன்று. ஒன்றுமே செய்ய முடியாத நிலையிலிருந்தால் வயிறு வழியாக இரைப்பை யில் ஓர் இரப்பர்க்குழாயைப் பொருத்தி (Gastrostomy) அதன் மூலம் கஞ்சி, பால் போன்ற திரவ உணவைச் செலுத்தலாம்.

நடுப்பகுதிப் புற்றுநோயில் 75 சதவிகிதமும், கீழ்ப்பகுதிப் புற்றுநோயில் 90 சதவிகிதமும் வெற்றிகரமான அறுவைச் சிகிச்சைக்கு உட்படும். இதில் $\frac{1}{3}$ பகுதியினர் இரண்டாண்டு

கள் வரை உயிர்வாழ முடியும். 5 முதல் 10 சதவிகிதத்தினர் 5 ஆண்டுகள் வரை உயிர்வாழலாம். விளைவுகளைப் பொறுத்த வரையில் கீழ்ப்பகுதிப் புற்றுநோய்தான் சிறந்ததாகும்.

உணவுக் குழலின் சாதாரணச் சுருக்கம் (Simple strictures)

ஒரு சில இரசாயனப் பொருள்கள் உட்கொள்ளுவதாலும், அதிகச் சூடான திரவப் பொருள்களை அருந்துவதாலும் ஏற்படும் அழற்சியின் காரணமாகவும், இரைப்பை அமிலம் உணவுக் குழலினுள் எதிர்க்களிப்பதாலும் இத்தகைய சுருக்கங்கள் ஏற்படலாம்.

தற்கொலை செய்துகொள்ளும் நோக்கத்துடன் சிலர் வீரிய அமிலத்தையோ காரத்தையோ உட்கொள்வார்கள். அவர் களுக்கு உணவுக் குழலின் உட்பகுதி முழுவதும் பாதிக்கப் பட்டுப் பல இடங்களில் சுருக்கங்கள் ஏற்படலாம். உணவுடன் தவறுதலாக விழுங்கப்படும் கண்ணாடித்துண்டு, எலும்புகள் முதலியன நடுவில் மாட்டிக்கொண்டால் புண் ஏற்பட்டுப் பிற்காலத்தில் சுருக்கம் உண்டாகலாம். உணவுக் குழல் நோக்கி மூலம் சோதனை செய்யும்போதும் தவறுதல் ஏற்பட்டாலும் உணவுக் குழலின் உட்பகுதி பாதிக்கப்பட்டுச் சுருக்கம் உண்டாகலாம்.

சிகிச்சை

பல அளவுகளிலுள்ள அகட்டிகள்மூலம் (Bougi) அடிக்கடி சுருக்கம் ஏற்பட்ட பகுதியை விரிவாக்குவதால் இதனைச் சரி செய்யலாம். சில நோயாளிகள் தாங்களாகவே அகட்டிகளைக் கொண்டு சுருக்கத்தை விரிவாக்கும் முறையை நாளடைவில் தெரிந்துகொண்டு அவர்களே செய்துகொள்வார்கள். சிலருக்கு இம்முறை பயனளிக்காமல் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படலாம். அறுவைச் சிகிச்சையில் சுருக்கம் உள்ள பகுதி நீக்கப்பட்டு மீதமுள்ள பகுதி இணைக்கப்படுகிறது. இடைவெளி அதிகமிருந்தால் பெருங்குடலின் ஒரு பகுதியை எடுத்து ஒட்டுப்போட்டு இணைக்கப்படுகிறது.

2. இரைப்பை

குடற்புண்

(Peptic ulcer)

இரைப்பையில் சுரக்கும் அமிலம், பெப்சின் ஆகிய நீர்களின் விளைவால் ஏற்படும் புண்ணுகையால், இப் புண் பெப்டிக் அல்சர் என்று அழைக்கப்படுகிறது. இது இரைப்பையில் மட்டுமன்றி டியோடினத்தின் (டியோடினம்– 'C'வளைவு) சிறுகுடல் ஆரம்பப் பகுதி, உணவுக் குழலின் கீழ்ப்பகுதி, மெக்கல்ஸ் டைவர்ட்டிகுலம் (Meckel's diverticulum) என்னும் சிறுகுடல் பிறவிக்குறையை அடுத்துள்ள இலியத்திலும் ஏற்படலாம். எனவே, இந்த அத்தியாயத்தின் தலைப்பு இரைப்பை என்று இருப்பினும் பல இடங்களில் வரும் இந்நோயினை ஒரு சேர விவரிப்பதே சிறந்ததாகும்.

மேற்கூறிய இடங்கள் யாவற்றிலும் 'C' வளைவுச் சிறுகுடல் தான் அதிக அளவில் பாதிக்கப்படுகிறது. அதற்கு அடுத்ததாக இரைப்பையில் உண்டாகிறது. மற்ற இரு இடங்களிலும் குடற்புண் மிக அரிதாக ஏற்படும். இதைத் தவிர அறுவைச் சிகிச்சையில் இரைப்பைச் சிறுகுடல் இணைப்பு ஏற்படுத்திய இடத்தில் உண்டாகும் புண் (Recurrent ulcer or anaestamotic ulcer), சோலிங்கர் எல்லிசன் சின்ட்ரோமில் ஏற்படும் புண் ஆகியவையும் குடற்புண் வகையைச் சேர்ந்தவையாகும்.

நம் நாட்டில் குறிப்பாகத் தென் இந்தியாவில் குடற்புண் அதிகமாக இருக்கிறது. மருத்துவமனைகளின் அறுவைச் சிகிச்சைப் பகுதிகளில் தனிப்பட்ட ஒரு நோயைக் கணக்கிட்டுப் பார்த்தால் அதில் குடற்புண் நோய்தான் அதிகமானவர்களுக்கு இருப்பது தெரியவரும். குடற்புண் என்னும் நோய் இவ்வளவு அதிக அளவில் இருப்பினும் அதற்கான காரணங்கள் இன்னும் நமக்குத் தெளிவாகத் தெரியவில்லை. எல்லாவிதக் குடற்புண்களும் முதலில் ஓர் அழற்சியாகத் தோன்றிப் பிறகு இரைப்பை நீரிலுள்ள ஹைட்ரோகுளோரிக் அமிலம், பெப்சின் முதலியவற்றால் அரிக்கப்படுகிறது. முதலில்

ஏற்படும் அழற்சி பலவகையில் உண்டாகலாம். இது ஒருவருக் கொருவர் மாறுபடக்கூடும்.

'C' வளைவு சிறுகுடலில் ஏற்படும் குடற்புண் டியோடினத் தின் முதல் இரண்டரை செ. மீ. பகுதியில் ஏற்படுகிறது. 'வேகஸ்' என்று அழைக்கப்படும் நரம்பின் தூண்டுதல் மிகுதி யினுல் இரைப்பைச் சுரப்பிகள் அமிலத்தை அதிகம் சுரக்க இந்தக் குடற்புண் ஏற்படுகிறது என்று நம்பப்படுகிறது. இரைப் பையில் ஏற்படும் புண் பைலோரிக் ஆன்ட்ரம் (Pyloric antrum) எனப்படும் பகுதி தவருக வேலை செய்வதால் உண்டாகலாம் என்று கருதப்படுகிறது. இத்தகைய குடற்புண்களுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை செய்த பிறகும் ஒரு சிலருக்கு மீண்டும் புண் ஏற்படுகிறது. அதற்கான காரணங்கள்,

முதல் அறுவைச் சிகிச்சை சரியானபடி செய்யப்படாமல் இருக்கலாம். அல்லது 'சோலிங்கர் எல்லிசன் சின்ட்ரோம்' (Zollinger Ellison Syndrom) என்னும் நோயினுல் கணையத்தில் உள்ள ஒருவித நாளமில்லாச் சுரப்பியில் உற்பத்தியாகும் காஸ்ட்ரின் (Gastrin) அதிக அளவில் சுரந்து இரைப்பையின் அமிலச் சுரப்பிகளை அளவுக்குமீறித் தூண்டிவிடுவதாலும் இருக்கலாம்.

குறைநாள் குடற்புண் (Acute ulcer)

இவ்வகைப் புண் அதிகமாக இரத்தம் கசிவதாலும் அமில அரிப்பு, குடலில் அல்லது இரைப்பையில் ஏற்படுத்தும் துவாரத்தினுலுமே பெரும்பாலும் தெரியவருகிறது. பெரும் பாலும் இவை ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட இடத்திலும் அதிக ஆழம் இல்லாத புண்ணுகவும் இருக்கும்.

நெடுநாள் குடற்புண் (Chronic ulcer)

இது மிகவும் ஆழமானதாகவும் தசைவரை அரிக்கப்பட்டும் இருக்கும். மேலும், இது ஒரே அளவில் இல்லாது ஓரளவு ஆறுவதும், திரும்பப் பெரிதாவதும், பிறகு மாறுவதும் ஆக மாறி மாறித் தோற்றமளிக்கும். ஆறும்போது ஏற்படும் தழும்பு களில் நார்த்திசுக்கள் பெருகிச் சுருக்கம் உண்டாவதால் அடைப்பு ஏற்பட ஏதுவாகிறது.

நோயின் இயல்புகள்

சிறுகுடல் புண்ணும் இரைப்பைப் புண்ணும் மாறுபட்ட காரணங்களினுல் ஏற்பட்டாலும் அவைகளின் குணம் குறிகள்

பெரும்பாலும் ஒரே மாதிரியாக இருக்கும். சிறுகுடல் புண்ணில் வலி, பசியோடிருக்கும் போதும் சாப்பிட்டு ஒரு மணி நேரத் திற்குப் பிறகும் வரும். இரைப்பைப் புண்ணில் சாப்பிட்ட உடனேயே வலி உண்டாகும். ஆயினும் வலி உண்டாகும் காலத்தை மட்டும் வைத்து இது சிறுகுடல் புண்தான் அல்லது இரைப்பைப் புண்தான் என்று திண்ணமாகக் கூற இயலாது. இரைப்பைப் புண்ணும் சிறுகுடல் புண்ணும் (Gastric ulcer : duodenal ulcer) *1 :15* என்ற விகிதத்தில் ஏற்படுகின்றன. இரைப் பைப் புண் பெண்களுக்கு அதிகம் ஏற்படுகிறது. இருவகைப் புண்களிலும் ஏற்படும் முக்கிய நோயின் குணம் மேல் வயிற்றில் தோன்றும் வலியாகும். புண் உள்ள இடத்திற்கேற்ப வலியின் தன்மையும் மாறுபடும். சில நோயாளிகள் அதை வலி யென்றே உணராமல் மேல் வயிற்றில் ஏதோ ஒருவித சரி யில்லாத தன்மை இருப்பதாகச் சொல்வார்கள். வலியின் அளவு நோயாளிக்கு நோயாளி, நேரத்திற்கு நேரம் மாறக்கூடும். புண் உள்ள இடத்தில் இருக்கும் வலியை உணர்த்தும் நரம்பு களை அமிலம் தாக்குவதால் இந்த வலி ஏற்படுகிறது. உணவு உட் கொள்வதால் அமிலத்தின் வீரியம் குறைந்துவிடுவதால் வலியும் குறைகிறது.

இத்தகைய குணம் குறிகளை நோயாளியின் வாய்மொழி மூலமே அறியலாம். ஆனால், இது அந்தந்த நோயாளியின் அறிவுத் திறனுக்கேற்ப அவரால் விவரிக்கப்படுகிறது. இரைப்பை காலியாக இருக்கும்போது அமிலத்தின் அரிப்புத் திறன் அதிகமாகி வலி மிகும். அதனால், சிலர் அதிகாலையிலேயே விழித்துக்கொள்ள வேண்டியிருக்கும். ஏதாவது சாப்பிட்டால் வலி குறையும் என்பதை அறிந்த சில நோயாளிகள் படுக்கை அருகிலேயே ரொட்டி அல்லது பால் முதலியவற்றைத் தயா ராக வைத்துக்கொண்டே உறங்குவார்கள். சிலருக்கு வலி முதுகுப்புறத்தில் அதிகம் இருக்கும். அவர்களுக்குப் புண் பின் புறச் சுவரில் இருப்பதுடன் குடலுக்குப் பின்னே உள்ள மற்ற உறுப்புகளுக்கும் பரவி அவைகளையும் அரிக்க ஆரம்பித்து விட்டது என்பதை அந்த வலி உணர்த்துகிறது. குடற்புண்ணினால் ஏற்படும் வலிக்கு ஒரு பிரத்தியேக குணமுண்டு. அதாவது வலி ஏற்பட்டு ஒன்றுமுதல் ஆறு வாரங்கள் இருந்து பிறகு ஒன்றுமுதல் ஆறு மாதங்கள் இல்லாமல் மறைந்து மீண்டும் ஏற்படக் கூடிய தன்மை யுடையது. எனவே, ஒரு ஆண்டில் இருமுறை இந்த வலி அதிக அளவில் தோன்றும். குறிப்பாகப் பருவ காலங்கள் மாறும் போது இதுவும் மாறும்.

இத்தகைய வேறுபாடு இன்றி வலி தொடர்ந்து இருப்பின் அது குடற்புண் வலியாக இருக்காது. மேலும் கண்டிப்பான ஓய்வு, கட்டுப்பாடான உணவு, தக்க மருந்துகள் இவைகளால் வலி சில நாள்களில் ஓரளவாவது குறையாவிடில் அந்த வலி குடற்புண்ணினால் உண்டாகும் வலியாக இருக்காது என்பதை நிச்சயமாகக் கூறலாம்.

நெஞ்சு எரிச்சல், அதிக ஏப்பம், அசீரணம் முதலியனவும் குடற்புண் நோயாளிக்கு இருக்கலாம். கொழுப்புச் சத்து அதிகமுள்ள உணவை உண்டால் இத்தகைய குணங்கள் அதிகமாகும். வாந்தி ஆரம்ப காலத்தில் இல்லாமல் அடைப்பு ஏற்பட்ட பிறகுதான் உண்டாகிறது. இருப்பினும் ஒரு சில இரைப்பைப் புண் உள்ள நோயாளிகள் வாந்தி எடுத்தால் வலி குறையும் என்பதை அறிந்து அவர்களாகவே வாயில் கைவிட்டு வாந்தி எடுப்பார்கள். அடைப்பு ஏற்பட்டபிறகு சீரணமாகாத உணவு புளித்த நாற்றத்துடன் தானாகவே வாந்தி யாக வெளியேறும். இது சிறுகுடற்புண்ணினால் சிறு குடலின் ஆரம்பப் பகுதி சுருங்குவதால் உண்டாகிறது. இந்த மாற்றத்தை இரைப்பைப் புறவழி அடைப்பு (Gastric Outlet Obstruction) என்று கூறலாம்.

சிறுகுடற்புண் நோயாளிகளின் உடல் எடை அவ்வப் போது மாறுபட்ட போதிலும் இரைப்பைப் புண் உள்ளவர்கள் பெரும்பாலும் மெலிந்தே காணப்படுவார்கள். சிறுகுடல் புண் நோயாளிக்கு அடைப்பு ஏற்பட்ட பிறகுதான் உடல் எடை குறையும். இரைப்பைப் புண் உள்ளவர்களுக்கு எல்லோரையும்போல் பசி இருந்தாலும் சாப்பிட்டால் வலி ஏற் படுமே என்ற பயத்தால் அவர்கள் சரிவரச் சாப்பிடுவதில்லை. அதனால்தான் அவர்கள் மெலிந்தே காணப்படுகிறார்கள். இரைப்பைப் புண் நோயாளிக்குப் பசியின்மை உண்டானால் அந்தப் புண் புற்றுநோயாக மாறியிருக்கக்கூடும் என்று ஊகித்து அதற்குரிய சோதனைகளை மேற்கொள்ளவேண்டும்.

நோய்அறி சோதனைகள்

பெரும்பாலான நோயாளிகளில் அவர்களது வாய்மொழி மூலமே இந் நோயைக் கண்டறிய முடியும். நோயாளியின் வயிற்றின் மேல்புறம் வலியும், தசைகள் கெட்டிப்படுவதும் இருப்பது தெரியும். சிறுகுடற் புண்ணில் அழுத்தும்போது வலி குறைவான அளவிலும், தொப்புளுக்குச் சிறிது மேலாகவும் வலதுபுறத்திலும் இருக்கும். ஆனால், இரைப்பைப் புண்ணில்

புண் இருக்கும் இடத்திற்கேற்ப வலி உண்டாகும் இடமும் மாறுபடும். அடைப்பு ஏற்பட்ட பிறகு இரைப்பை சுருங்கி விரிதல் ஒரு அலைபோல் இடது பக்கத்தில் துவங்கிக் கீழ் நோக்கி வலதுபுறம் செல்வது வயிற்றைப் பார்க்கும்போதே நன்கு தெரியும் (Visible Gastric Peristalsis). சில சமயம் நோயாளியை உலுக்கினுல், இரைப்பையில் தேங்கியுள்ள நீரும் காற்றும் இங்கும் அங்கும் ஓடுவதால் ஏற்படும் அந்த ஒலி நன்ருகக் கேட்கும்.

பேரியம் கொடுத்து எடுக்கும் கதிர்விச்சுப் படத்தினுல் தான் (Barium meal x - ray) குடற்புண் இருப்பதை உறுதிப் படுத்த முடியும். குடற்புண் நோயாளிகளுக்கு அடிக்கடி பேரியம் எக்ஸ்ரே எடுத்தால் ஒருமுறை புண் சிறியதாகவும் மறு முறை பெரியதாகவும் இருக்கலாம். இது புண் நாளடைவில் ஆறுவதும், பெரியதாவதும் உண்டு என்பதை உறுதிப்படுத்து கிறது.

குணம் குறிகள், குடற்புண் நிச்சயம் இருக்கலாம் என்பதை உணர்த்தினுலும் சில சமயம் பேரியம் கதிர்வீச்சில் புண் தெரியாமல் இருப்பதும் உண்டு. அவ்வகை நோயாளிகளை 'இரைப்பை நோக்கி' (Gastroscope) என்னும் கருவியின் உதவி யால் இரைப்பையின் உட்புறத்தை நேரடியாகப் பார்த்துச் சோதனை செய்யவேண்டும். சிறுகுடலின் ஆரம்பப் பகுதி யைக்கூடக் காணக்கூடிய நுண்ணிய கருவிகள் தற்போது உபயோகத்தில் உள்ளன. அக் கருவிகளில் பொருத்தக்கூடிய சிறிய மிகச் சக்திவாய்ந்த புகைப்படக் கருவிகளும் கண்டு பிடிக்கப்பட்டுள்ளன. இவைகளின் உதவியால் இரைப்பை, சிறுகுடலின் ஆரம்பப் பகுதி ஆகிய இடங்களில் உண்டாகும் புண் மற்றும் ஏற்படக்கூடிய மாறுதல்களையும் புகைப்படம் எடுக்கமுடியும்.

இரைப்பை அமிலத்தின் அளவை அளந்து அறியும் முறை களையும் குடற்புண்ணைக் கண்டுபிடிக்கப் பயன்படுத்தலாம். இரைப்பை காலியாக இருக்கும்போது சுரக்கும் அமிலத்தின் அளவு, ஹிஸ்டமின் (Histamine), பென்டா பெப்டைடு (Penta Peptide), பென்டா-கேஸ்டிரின் (Penta Gastrin) இவைகளால் தூண்டப்பட்டுச் சுரக்கும் அமிலத்தின் அளவு முதலியவற்றை அளந்தறிவதால் குடற்புண் இருப்பதைக் கண்டறிய முடியும். இத்தகைய சோதனைகள் எதுவும் பொதுவாகத் தேவைப்படுவ தில்லை. சிறுகுடல் புண்ணில் தானுகச் சுரக்கும் அமிலமும்

தூண்டப்பட்டுச் சுரக்கும் அமிலமும் அதிகமாக இருக்கும். இரைப்பைப் புண்ணில் குறைவாக இருக்கும். இரைப்பைப் புற்று நோயில் அமிலச் சுரப்பே இருக்காது. சோலிங்கர் எல்லிசன் சின்ட்ரோமில் தானுகச் சுரக்கும் அமிலம் மிக மிக அதிக அளவிலும் தூண்டப்பட்டுச் சுரக்கும் அமிலம் சிறிது அதிக அளவிலும் இருக்கும்.

மேற்கூறிய எல்லாவகைச் சோதனைகளும் புண் இருப்பதைக் காட்டாவிட்டாலும் ஒரு சில நோயாளிகளில் அறுவைச் சிகிச்சையின்போது புண் இருப்பது தெரியலாம். எனவே, அறுவைச் சிகிச்சையும் இந்த நோயை அறியும் முறைகளில் ஒன்ருகக் கருதப்படுகிறது. வயிற்றைத் திறந்த பிறகு புண் இருக்கும் இடம் தெரியாவிட்டால் இரைப்பை-சிறுகுடல் சந்திப்புப் பகுதியைத் திறந்து அதன் உட்புறத்தை நன்கு சோதிக்கவேண்டும்.

சிகிச்சை

மருந்துகளால் சிகிச்சையளித்தல் (Medical Treatment)

குடற்புண்ணில் உள்ள அதிக அமிலத்தைச் சக்தியற்றதாகக்கூடிய மருந்துகள் (Antacids) பல இருப்பினும் எந்த அளவுக்கு இவை நிரந்தர குணம் அளிக்கக்கூடியவை என்பது சந்தேகத்திற்குரியதாகும். குடற்புண் உள்ள நோயாளி முதலில் தன் குடும்ப மருத்துவரை அணுகும்போது அவர் ஒன்று மாற்றி மற்ருென்ருக பலவித மருந்துகளைக் கொடுத்துப் பார்க்கிருர். சிலருக்கு இத்தகைய மருந்துகளாலும் கட்டுப்பாடான உணவு முறையைக் கடைப்பிடிப்பதாலும் ஓரளவு குணம் ஏற்பட்டுப் புண் ஆறிவிடுகிறது. ஆனுல், பலருக்குப் பலனளிக்காததால் அவர்கள் அறுவைச் சிகிச்சையை நாடிவர வேண்டியிருக்கிறது.

உணவுக் கட்டுப்பாடு எளிதில் பின்பற்றக்கூடியதாக இருக்க வேண்டும். இல்லையேல் அவ்விதக் கடுமையான கட்டுப்பாடே நோயாளிக்கு மனவேதனையை அளித்து நாம் எதிர்பார்ப்பதைவிட அதிகக்கெடுதல் ஏற்படலாம். உணவுக் கட்டுப்பாட்டில் முக்கியமானது காலம் தவருமல் உண்பது. இரைப்பையைக் காலியாக வைக்காமல் 2 மணி நேரத்திற்கு ஒருமுறை ஏதாவது சாப்பிட வேண்டும். அப்போதுதான் இரைப்பையின் அமிலத்தில் அதிக ஏற்றத்தாழ்வு இல்லாமல் இருக்கும். 2 மணிக்கு ஒருமுறை சிறு அளவில் ஒரு ரொட்டித் துண்டு பால் அல்லது பால் கலந்த இதர பானங்கள் சாப்பிட

லாம். உறங்கப் போகுமுன்னும் இதுபோல் சிறிது சாப்பிட்டுப் படுப்பது நல்லது. சில நோயாளிகளுக்கு ஒரு சில உணவு வகைகள் ஒத்துக்கொள்வதில்லை என்பதை அவர்களே அறிந்து வைத்திருப்பார்கள். அப்படி ஏதேனும் இருந்தால் அதை முற்றிலும் நீக்குவதே சிறந்தது. இதைத் தவிர இதைத்தான் சாப்பிட வேண்டும். இதைச் சாப்பிடக்கூடாது என்று கடுமை யான கட்டுப்பாடு விதிப்பது அவ்வளவு நல்லதன்று. மேலும் பலவகை உணவைச் சாப்பிட்டால்தான் உடலுக்குப் போதிய புரதச் சத்து, வைட்டமின்கள், தாதுப் பொருள்கள் கிடைக்கும். எந்த உணவும் அதிக காரமில்லாமல் புளி, மிளகாய் முதலியன குறைந்த அளவில் சேர்ந்ததாக இருக்க வேண்டும்.

புகைபிடிப்பது, பொதுவாகவே நல்லதன்று. எனினும் குடற்புண் நோயாளிக்கு அது மிக மிக ஊறு விளைவிக்கக் கூடியது. புகைபிடிக்கும் குடற்புண் நோயாளி அதை அடியோடு நிறுத்தினல் புண் விரைவில் ஆறிவிடும் என்பது சோதனைமூலம் நிரூபிக்கப்பட்டிருக்கிறது.

மது அருந்துவதில் அது எந்த வகை மதுவாக இருந் தாலும் அருந்தியவுடன் அது இரைப்பையிலுள்ள அமிலச் சுரப்பிகளைத் தூண்டிட, அமிலம் அதிக அளவில் சுரக்கிறது. அத்துடன் இரைப்பையின் உட்புறம் ஒருவித அழற்சிக்கு உள்ளாகிறது. இத்தகைய விளைவுகளால் புண் நோயாளிக்கு எவ்விதக் கெடுதி ஏற்படும் என்பதைச் சொல்லிடத் தேவை யில்லை.

மருந்துகள்

அமிலத்தைச் சக்தியற்றதாக்கும் மருந்துகள் (Antacids) பல உள்ளன. அவைகளில் அலுமினியம் ஹைட்ராக்சைடு, பாஸ்பேட் சிலிகேட் அல்லது கிளைகோனேட் மக்னீஷியம் ட்ரைசிலிகேட், ஹைட்ராக்சைட் அல்லது கார்பனேட், கால்சியம் கார்பனேட் என்பவையே பெரும்பாலும் அடங்கி உள்ளன. நோயாளிக்கு நோயாளி இந்த மருந்துகளின் பலனும் மாறுபடும். சிலர் அடிக்கடி ஒன்று மாற்றி மற்றென்றைச் சாப் பிட்டுக்கொண்டே இருப்பார்கள். ஏனெனில் முதலில் சிறிது குணத்தை அளிக்கும் மருந்து சில நாட்களுக்குப் பிறகு அவர் களுக்குச் சக்தியில்லாததாகத் தோன்றும். எனவே, ஒரே மருந்தைக் கொடுத்து இதைத்தான் சாப்பிடவேண்டும் என்று சொல்வதைவிட நோயாளிக்குத் தகுந்தாற்போல் அவ்வப்போது

மாற்றிக்கொடுப்பதே வெற்றியளிக்கக்கூடிய மருத்துவ முறையாகும். அமிலத்தின் வீரியத்தைக் குறைப்பதால் மட்டும் நோயாளிக்கு வலி குறைந்துவிடாது. ஏனெனில் நாம் கொடுக்கும் மருந்து இரசாயன முறைப்படி பார்த்தால் இரைப்பையில் உற்பத்தியாகும் அமிலம் முழுவதையும் சரிசெய்யக் கூடிய அளவாக இருக்கமுடியாது. ஆகவே, வலி உண்டாகும் போது மருந்துகளைச் சாப்பிடச் சொல்ல வேண்டுமேயன்றி உணவுக்கு முன்போ, பின்போ அல்லது ஒரு குறிப்பிட்ட நேரத்திலேயோதான் சாப்பிடவேண்டும் என்று சொல்வதில் அர்த்தமில்லை.

மக்னீஷியம் கலந்த மருந்துகள் மல இளக்கத்தையும், அலுமினியம் ஹைட்ராக்சைட் கலந்த மருந்துகள் மல இறுக்கத்தையும் ஏற்படுத்தும் தன்மையுள்ளவை என்பதையும், நோயாளிக்கு ஏற்ற மருந்தைத் தேர்ந்தெடுக்கும்போது கவனத்தில் கொள்ளவேண்டும். அதுபோல அதிக அளவில் சோடியம் பைகார்பொனேட் உட்கொள்வதால் இரத்தத்தின் கார அளவு (Alkalinity) அதிகமாக ஏதுவுண்டு என்பதையும் மறந்துவிடக் கூடாது.

கோலினர்ஜிக் எதிர்ப்பு மருந்துகள் (Antircholinergic Drugs)

இவ் வகை மருந்துகள் குடற்புண்ணினால் ஏற்படும் வலியை உடனடியாகப் போக்கப் பயன்படாவிட்டாலும், அமிலம், பெப்சின் இவைகளின் சுரப்பைத் தடுக்கிறது. மேலும் இரைப்பை அசைவையும் குறைக்கிறது. குடற்புண்ணில் ஏற்படும் வலி இரைப்பை அடிக்கடி சுருங்கி விரிவதாலும் ஏற்படலாம். ஆகையால், இந்த வகையில் இம் மருந்துகள் வலியைக் குறைக்க உதவுகின்றன.

ஆனால், இந்த மருந்துகளை அதிகம் உட்கொண்டால் உமிழ்நீர் சுரக்காததால் வாய் வறண்டுபோதல், பார்வை மங்குதல், சிறுநீர் மலம் கழிப்பதில் சிக்கல் முதலியன ஏற்படக் கூடும். எனவே, இது சில நோயாளிகளுக்கு ஒத்துக்கொள்வதில்லை. பார்வைக்கோளாறு ஏற்படுவதால் உந்து ஓட்டுனர் போன்றவர்களுக்கு இவ்வகை மருந்துகளைக் கொடுக்காமல் இருப்பது நல்லது.

அத்துடன் கண்ணில் 'க்ளாக்கோமா' நோய், சிறுநீர்ப் பையின் புற வழியில் அடைப்பு, சிறுகுடல் ஆரம்பப் பகுதி

யில் சுருக்கம் முதலிய குறைகள் உள்ளவர்களுக்கு இவ்வகை மருந்துகளைக் கொடுக்கவே கூடாது.

தூக்கமளிக்கும் மருந்துகள் (Sedatives)

குடற்புண் ஆறுவதற்கு முழு ஓய்வு தேவையாதலால் இந்த மருந்துகள் நல்ல பலனளிக்கும். பொதுவாகவே குடற்புண் நோயாளிகள் அதிகக் கவலையும், அமைதியில்லாமலும் எப்போதும் சிந்தனை மிகுந்தவர்களாகவும் இருப்பார்களாதலால் அவர்களுக்கு தூக்க மருந்துகள் (Sedatives) மன அமைதி தரும் மருந்துகள் (Tranquillizers) ஆகியவை நல்ல பலன் அளிக்கக்கூடியவையாகும்.

ஹார்மோன் (சுரப்பு நீர்)

பெண்களின் கருப்பையில் உற்பத்தியாகும் 'ஈஸ்ட்ரோஜன்' (Eastrogen) என்னும் சுரப்புநீர் குடற்புண் ஆறுவதற்கு உதவும் என்பது சோதனை மூலம் கண்டறியப்பட்டிருக்கிறது. ஆயினும் இவ்விதச் சுரப்புநீர்கள் ஆண்களுக்குச் சில விரும்பத்தகாத விளைவுகளை ஏற்படுத்துமாதலால் நடைமுறையில் இவை பயனில் இல்லை.

புதிய மருந்துகள்

பலவிதச் சோதனைகள் மூலம் அதிமதுரம் என்னும் பொருளிலிருந்து செய்யப்படும் மருந்து குடற்புண் நோயைக் குணப்படுத்தவல்லது என்று அறியப்பட்டுள்ளது. அதிமதுரத்தின் புண் ஆற்றும் திறன் நீண்ட காலமாகவே நம் நாட்டினருக்குத் தெரிந்தபோதிலும் இதை ஒரு மருந்தாகக் கொடுக்கலாம் என்பது சில காலத்திற்கு முன்புதான் தெளிவாகியது. அதிலிருந்து செய்யப்படும் 'கார்பனுக்ஸலோன் சோடியம்' என்னும் மருந்தால் புண் விரைவில் ஆறுகிறது என்பதை அடுத்தடுத்து எடுக்கும் பேரியம் கதிர்வீச்சுப் படம் மூலம் நிரூபித்திருக்கிறார்கள். ஆனால், இந்த மருந்து சிறுநீர் அளவைக் குறைத்து உடலில் நீரைத் தேங்கச் செய்யும் இயல்புடையதாயும் உள்ளது. எனவே, இந்த மருந்தைக் கொடுக்கும்போது சிறுநீரின் அளவை அதிகம் வெளிப்படுத்தும் மருந்தையும் சேர்த்துக் கொடுக்க வேண்டும்.

குடற்புண்ணும் மனோதத்துவமும் (Psychological aspects of Peptic ulcer)

இதுபற்றிய கருத்து ஒருவருக்கொருவர் மிகவும் மாறுபாடுடையதாக இருக்கிறது. மனநிலைக் கோளாறால் குடற்புண்

ஏற்படுகிறது என்று சிலரும் குடற்புண் ஏற்படுவதால் மனநிலை பாதிக்கப்படுகிறது என்று சிலரும் கருதுகின்றனர். இதில் எது சரி என்று கூறுவது எளிது அன்று. ஆனால், குடற் புண் உள்ளவர்களுக்கு மனநோய் ஏற்படுமாயின் அந்நோய் அதிகமாகும்.

அறுவைச் சிகிச்சை (Surgical Treatment)

மருந்தினால் குணமாகாமல் தொடர்ந்து வலி இருந்து வந்தால் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படும். மேலும் வலி யில்லாவிட்டாலும் அதனால் உண்டாகும் ஊறுகள், எடுத்துக் காட்டாக – இரத்த வாந்தி, துளை விழுதல், அடைப்பு ஏற்படு தல் போன்றவை ஏற்பட்டால் உடனடி அறுவைச் சிகிச்சை அவசியம். நோய் ஏற்பட்டு ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்குப் பிறகுதான் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ள வேண்டும் என்பது மிகவும் தவறானதாகும். ஏனெனில் சிலருக்கு நோய் ஏற்பட்டு ஒரு சில மாதங்களிலேயே அறுவைச் சிகிச்சையின் அவசியம் ஏற்படலாம். அதே சமயத்தில் வேறு சிலர் பல ஆண்டுகள் அறுவைச் சிகிச்சை இன்றியே கட்டுப்படுத்தப் பட்ட நோயுடன் இருக்க முடியும். எனவே, கால அளவை மட்டும் அறுவைச் சிகிச்சைக்கு ஒரு அளவுகோலாகக் கருதுவது பொருத்தமாகாது. அந்தந்த நோயாளியின் நோயின் தன்மை, வாழ்க்கை முறை, சமூகச் சூழ்நிலை, பொருளா தார வசதி ஆகியவற்றைக் கருத்தில் கொண்டு அறுவைச் சிகிச்சையின் அவசியத்தை நிர்ணயிக்க வேண்டும். எடுத்துக் காட்டாக, ஒரு குடும்பத்தில் சம்பாதிக்கும் வயதுள்ள முழுக் குடும்பப் பொறுப்பையும் ஏற்றுள்ள ஒருவருக்குக் குடற்புண் வந்தால் அவர் நீண்ட நாட்கள் மருந்துகளைச் சாப்பிட்டு, உணவுக் கட்டுப்பாடுகளையும் அனுசரித்து வருவதால் அவரது செயல் திறன் குறையும்; வருவாய் சுருங்கும். அதனால் அவரோடு சேர்ந்து அவரது குடும்பமே அவதிப்பட நேரலாம். அத்தகையோருக்குக் காலம் தாழ்த்தாமல் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து நோயை முற்றிலும் குணப்படுத்துவதே சாலச் சிறந்ததாகும். வலி அடிக்கடி தூக்கத்தைக் கெடுக்கக் கூடியதும், முதுகுப்புறத்தைத் துளைப்பது போன்றும் இருந்தால் அறுவைச் சிகிச்சை அவசியம்.

ஒரே குடும்பத்தில் நோயாளியின் தந்தை தனயன் போன்றோருக்கு இதே நோய் இருந்து அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்டிருந்தால் அந்த நோயாளிக்கும் அறுவைச்

சிகிச்சை தவிர்க்க முடியாததாகும். இரைப்பைப் புண் நாளடைவில் புற்றுநோயாக மாறும் தன்மையுடையதாகை யால், இதற்கு அறுவைச் சிகிச்சைதான் செய்யவேண்டும். சிறந்த அறுவைச் சிகிச்சை வசதிகளை எளிதில் பெறமுடியாத நிலையில் இருப்பவர்களுக்கும், அடிக்கடி நீண்ட தூரம் பயணம் செய்யவேண்டிய அவசியத்தில் இருப்பவர்களுக்கும் அறுவைச் சிகிச்சையை முடிந்த அளவு முன்கூட்டியே செய்து விடுவது நலம்.

அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள்

சிறுகுடற் புண் (Duodenal ulcer)

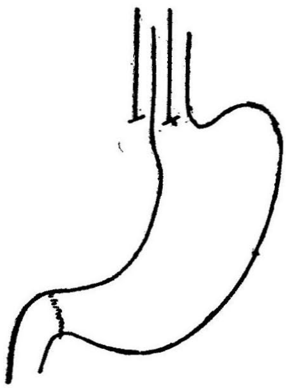
சிறுகுடற் புண் அதிக அமிலத்தினாலேயே ஏற்படுவதால், பொதுவாகக் குடற்புண் இல்லாதவர்களைவிட இவர்களுக்கு அமிலச் சுரப்பு அதிகமாக இருக்கும். அப்படி இல்லா விட்டாலும் இவர்களது சிறுகுடலின் அமிலத்தைத் தாங்கும் சக்தி குறைவாக இருக்கலாம். எனவே, சிறுகுடற் புண்ணுக்குச் செய்யப்படும் அறுவைச் சிகிச்சை முறை இரைப்பையில் அமிலம், பெப்சின் இவைகளைக் குறைக்கும் நோக்கத் துடனேயே இருக்க வேண்டியது அவசியம்.



படம் 4. வேகஸ் துண்டிப்பும், இரைப்பை-எஜ்ஜீனம் இணைப்பும்

I. "வேகஸ் துண்டிப்பு" (Vagotomy)

இம்முறையில் அமிலச் சுரப்பைத் தூண்டும் 'வேகஸ்' என்னும் நரம்புகள் துண்டிக்கப்படுகின்றன. அப்படித் துண்டிப்பதால் அது அமிலச் சுரப்பைத் தடுப்பதோடு இரைப்பையின் 'காலி செய்யும்' (Emptying) சக்தியையும் குறைத்து இரைப்பையில் உணவுத் தேக்கத்தை ஏற்படுத்த வல்லது. எனவே, 'வேகஸ்' நரம்பைத் துண்டிக் கும்போது இரைப்பையிலிருந்து உணவு எளிதில் வெளியேறவும் வழிசெய்ய வேண்டிய அவசியம் ஏற்படுகிறது. அத் தகைய வழியினை இரண்டு வகையில் ஏற்படுத்தலாம்.



படம் 5. வேகஸ் துண்டிப்பும், பைலோரோ பிளாஸ்டியும் (Vagotomy with Pyloroplasty)

1. பைலோ ரோபிளாஸ்டி.
(Pyloroplasty)

இதில் இரைப்பை சிறுகுடல் சந்திப்புப் பகுதி நீளவாட்டில் வெட்டப்பட்டுக் குறுக்குவாட்டில் தைக்கப்படுகிறது. அதனல் வழி பெரிதாவதோடு சந்திப்பில் உள்ள சுருங்கு தசையும் துண்டிக்கப்படுவதால், உணவு தேங்காமல் எளிதில் இரைப்பையை விட்டு வெளியேறும்.

2. கேஸ்டிரோஜெஜீனஸ்டமி
இரைப்பை சிறுகுடல் இணைப்பு
(Gastro - Jejunostomy)

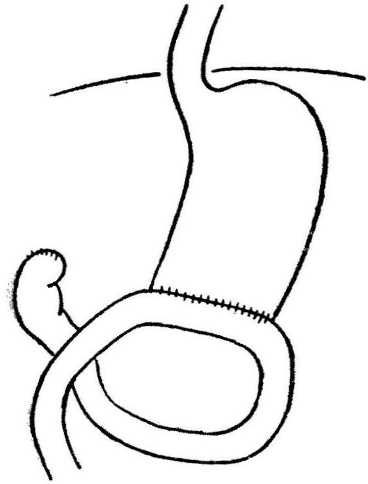
இம் முறையில் இரண்டாவது சிறுகுடலின் பாகமான ஜெஜீனத்தின் ஆரம்பப் பகுதியை இரைப்பையுடன் இணைக்கிரேம். இதனுல், உணவு C-வளைவுச் சிறுகுடல் வழியாகச் செல்லாமல் நேரே ஜெஜீனத்திற்குள் எளிதில் காலி செய்யப்படுகிறது.

II. ஆன்ட்ரெக்டமி (Antrectomy)

இரைப்பையின் கடைப் பகுதி ஆன்ட்ரம் என்று அழைக்கப்படுகிறது. இப் பகுதியில் உள்ள நாளமில்லாச் சுரப்பிகளிலிருந்து சுரக்கும் 'காஸ்ட்ரின்' என்னும் அமிலத்தூண்டி, இரைப்பைச் சுரப்பிகளைத் தூண்டி அதிக அமிலத்தைச் சுரக்கச் செய்யுமாதலால், இரைப்பையின் இப் பகுதியை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றுகிரேம். இதுவே ஆன்ட்ரெக்டமி என்று அழைக்கப்படுகிறது.

III. வேகஸ் துண்டிப்பும், ஆன்ட்ரம் அகற்றுதலும் சேர்த்துச் செய்தல் (Vagotomy and Antrectomy)

மேற்கூறிய முதல் இருவகை (I, II) அறுவைச் சிகிச்சைகளைச் சேர்த்து ஒருவருக்கே செய்வதால், அமிலச் சுரப்பை முற்றிலும் குறைக்கலாம். இம் முறையில் அமிலச் சுரப்பு ஏற்படுவதற்கான வழி இரண்டுமே (Nervous Phase and Hormonal Phase) நீக்கப்படுவதால் முழுப்பலன் ஏற்படும்.

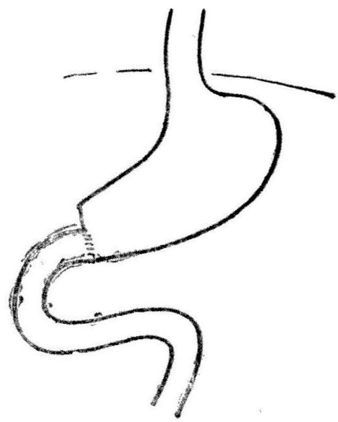


படம் 6. இரைப்பை நீக்கம் பால்யா வகை (Polya Partial gastrectomy)

4. பகுதி இரைப்பையை அகற்றுதல் (Partial gastrectomy)

அமிலம், பெப்சின் ஆகியவைகளைச் சுரக்கும் இரைப்பையின் பகுதியை நீக்குவதால், அமிலத்தின் அளவு குறையும். மேலும், இரைப்பையின் ஒரு பகுதி நீக்கப்படும் போது அதனுடன் ஆன்ட்ரம் பகுதியும் நீக்கப்படுவதால், 'காஸ்ட்ரின்' சுரப்பும் தடுக்கப்படுகிறது. அப்படி இரைப்பையின் ஒரு பகுதி நீக்கப்பெற்ற பிறகு மீதமுள்ள இரைப்பை நேராக 'C' வளைவுச் சிறுகுடலுடனே (Billroth I) அல்லது ஜெஜூனத்தின் ஆரம்பப் பகுதியுடனே (Polya) இணைக்கப்படுகிறது.

இம் முறைகளில் இரைப்பை 'C' வளைவுச் சிறுகுடலுடன் இணைக்கப்படும் முறையில் குடற்புண் மீண்டும் ஏற்பட அதிக வாய்ப்பு இருப்பதாகக் கருதப்படுகிறது.



படம் 7. இரைப்பைப் பகுதி நீக்கம் பில்ராத் 1 வகை (Billroth I Gastrectomy)

ஆன்ட்ரக்டமி எனப்படும் அறுவைச் சிகிச்சை குடற்புண் மீண்டும் ஏற்படாமல் தடுக்கப் போதுமானதன்று என்பது பெரும்பாலோருடைய கருத்து. எனவே, அது தவிர மற்ற மூன்று முறைகளும் பொதுவாகக் கையாளப்படுகின்றன. எந்த முறை எந்த நோயாளிக்குப் பொருத்தமானது என்று தீர்மானிப்பது மிக அவசியம். அது எப்படித் தீர்மானிக்கப்படுகிறது என்றால், அந்த அறுவைச் சிகிச்சையினால் ஏற்படும் பிற்கால விளைவுகள், குடற்புண் மீண்டும் ஏற்பட இருக்கும்

வாய்ப்பு, அறுவைச் சிகிச்சையினால் உயிருக்கு ஏற்படும் ஆபத்து ஆகியவைகளைக் கருத்தில் கொண்டே தீர்மானிக்கப் படுகிறது. உயிருக்கு ஏற்படும் ஆபத்தை எடுத்துக்கொள்வோமேயானால், வேகஸ் துண்டிப்புடன் செய்யப்படும் "இரைப்பை -ஜெஜூனம் இணைப்பு அல்லது 'பைலோராபிளாஸ்டி' என்னும் முறைதான் மிகக்குறைந்த ஆபத்தை உடையது. குடற்புண் மீண்டும் வராமலிருக்க வேகஸ் துண்டிப்பு, ஆன்ட்ரம் நீக்கம் இரண்டையும் சேர்த்துச் செய்யும் முறை சிறந்தது. வேகஸ் துண்டிப்புடன் காஸ்டிரோஜிஜீனஸ்டமி அல்லது 'பைலோரோபிளாஸ்டி செய்யப்படும் நோயாளிகளில் 5 சதவிகிதத்தினருக்கு மீண்டும் புண் ஏற்படுகிறது என்று நம்பப்படுகிறது. பிற்கால வேண்டாத விளைவுகள் "பகுதி இரைப்பை நீக்கம்" முறையில்தான் (Partial gastrectomy) அதிகம் ஏற்படுகிறது. அவையாவன: உடல் எடைக்குறைவு, இரத்த சோகை, அசீரணம், 'டம்பிங்சின்ட்ரோம்' ஆகியவையாகும்.

எல்லா முறைகளையும் ஒப்பிட்டுப் பார்க்கும்போது வேகஸ் துண்டிப்போடு செய்யப்படும் இரைப்பை-ஜெஜூனம் இணைப்பு அல்லது பைலோரோபிளாஸ்டி முறையே சிறந்ததும் ஆபத்து இல்லாததுமாகும். இதிலும் நம் நாட்டு நோயாளிகளுக்கு பைலோரோபிளாஸ்டி செய்தால் சில ஆண்டுகளுக்குப் பிறகு மீண்டும் C-வளைவுச் சிறுகுடலில் அடைப்பு வருவதால் நம்மவர்களுக்கு வேகஸ் துண்டிப்பும், இரைப்பை-ஜெஜூனம் இணைப்பும்தான் யாவற்றிலும் சிறந்ததாக அமைகிறது.

தென்னிந்தியர்களின் உணவுப் பழக்கம் பகுதி இரைப்பை நீக்கம் செய்யப்பட்ட நோயாளிக்குக் கொஞ்சமும் ஒத்து வராமல் அவர்களுக்குப் பிற்காலத்தில் அதிக ஊறுகள் விளைவிக்கக்கூடியதாக இருப்பதால், முடிந்தவரை குடற்புண் நோயாளிக்கு இவ்வித முறையைச் (Partial Gastrectomy) செய்யாமல் இருப்பது நலம்.

வேகஸ் துண்டிப்புச் செய்த பிறகு சிலருக்குப் பேதி ஏற்படுவதுண்டு, இது நம் நாட்டினருக்கு மிக அரிதாக ஏற்படுகிறது. இதைத் தடுக்க வேகஸ் துண்டிப்புச் செய்யும் முறையில் சில மாறுதல்கள் கையாளப்படுகின்றன. அவை யாவன:

1. செலக்டிவ் வேகாட்டமி (Selective Vagotomy) (பொறுக்கு வேகஸ் துண்டிப்பு)

2. ஹைலி செலக்டிவ் வேகாட்டமி (Highly Selective Vagotomy) ஆகும்.

செலக்டிவ் வேகாட்டமியில் இரைப்பைக்குப் போகும் நரம்புப் பிரிவுகள் மட்டும் துண்டிக்கப்படுகின்றன. கல்லீரல், பித்தப்பை, கணையம், சிறுகுடல் முதலிய உறுப்புகளுக்குச் செல்லும் நரம்புப் பிரிவுகள் எந்தவிதச் சேதமும் ஏற்படாத வாறு பார்த்துக்கொள்ளப்படுகின்றது. இதனால், இம்முறை யில் இரைப்பைக்குச் செல்லும் நரம்புகள் யாவும் வெட்டப் படுகின்றன என்று உறுதியாகச் சொல்ல முடியாது.

ஹைலி செலக்டிவ் வேகாட்டமியில் இரைப்பையின் அமிலம் சுரக்கும் பகுதிக்குப் போகும் நரம்புக் கிளைகள் மட்டுமே துண்டிக்கப்படுகின்றன. இம் முறையில் இரைப்பை யின் அசைவுத் திறன் பாதிக்கப்படாததால் உணவுத் தேக்கம் ஏற்படாது. அதனால் இம் முறையில் உணவுக்கு வடிகால் உண்டாக்கும் முறைகளைக் கையாள வேண்டிய அவசியம் இல்லை. மிகவும் ஆரம்பகாலக் குடற்புண் நோயாளிகளுக்கு இம் முறை மிகவும் பொருத்தமானது. இப் புதிய முறை அறுவைச் சிகிச்சை தற்போது மிகச் சிலராலேயே கையாளப்பட்டுச் சோதனை அளவிலேயே இருக்கிறது.

இரைப்பைப் புண் (Gastric Ulcer)

பெரும்பாலான 'அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணர்கள் இரைப் பைப் புண்ணுக்குப் பகுதி இரைப்பை நீக்கம் என்னும் (Partial Gastrectomy) முறையைத்தான் கையாளுகிறார்கள். இரைப்பை, புண்ணுள்ள இடத்திற்குச் சற்று மேலே துண்டிக்கப்படுகிறது. அதே சமயத்தில் முடிந்த அளவு இரைப்பையை விட்டுவைக்க முயற்சி எடுத்துக்கொள்ளப்படுகிறது. இந்த முறை நல்ல பலன் அளிப்பதுடன் புண் மீண்டும் ஏற்படுவது மிகமிக அரிது. பின்விளைவுகள் (கேடுகள்) ஏற்பட இம் முறையில் ஏது இருப்பினும், சிறுகுடல் புண்ணுக்குச் செய்யப்படும் இரைப்பைப் பகுதி நீக்கத்தைவிட, இரைப்பைப் புண்ணுக் காகச் செய்யப்படுவதில் மிகவும் குறைவாகவே ஏற்படுகிறது.

அண்மைக்காலத்தில் இரைப்பைப் புண்ணுக்கும் வேகஸ் துண்டிப்புடன் காஸ்ரோஜெஜுனஸ்டமி செய்வதும் அல்லது காஸ்ரோஜெஜுனஸ்டமி மட்டுமே செய்வதும் போதுமானது என்றும் சிலர் கருதுகின்றனர். ஆனால், இதுபற்றிய தெளிவான

முடிவு இன்னும் வெளியாகவில்லை. இம் முறைகளை எதிர்ப் போரும் உண்டு. அவர்களின் வாதம் என்னவென்றால் அப்படியே விடப்பட்ட புண் பிற்காலத்தில் புற்று நோயாக மாறும் என்பதுதான். எனவே, இம் முறைகளை ஆதரிப்பதற் கில்லை.

இரைப்பைப் புண்ணுக்கு இரைப்பைப் பகுதி நீக்கம் செய்யும்போது 'பில்ராத் - 1' (Billroth- I) முறையைக் கடைப் பிடித்தால் பின்விளைவுகளை ஓரளவு தவிர்க்கலாம்.

மீண்டும் வரும் குடற்புண் : (Recurrent Ulcer)

அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பிறகு புதிதாக ஏற்படும் புண் (ரெக்கரென்ட் அல்சர்) 'மீண்டும் வரும் புண்' என்று அழைக் கப்படுகிறது. இதைக் கண்டறிவது சில சமயங்களில் கடினமானது.

அப்படி மீண்டும் புண் ஏற்பட்ட நோயாளிகள் அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன் இருந்த குணங் குறிகளுடன் மீண்டும் மீண்டும் சிகிச்சையை நாடி வருவார்கள். ஆனால் வலி தோன்றும் இடம் மாறுபடும். வலி ஏற்படும் நேரமும் உணவு நேரத்தைப் பொறுத்து மாறுபடுவதும் இல்லை. மேலும் பால், அமிலத்தை அழிக்கும் மாத்திரைகள் இவற்றால் வலி குறையாது. வாந்தியும் இரத்தக் கசிவும் அதிகமிருக்கும்.

முதல் அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பிறகு, ஒரு சில மாதங் களிலோ அல்லது பல ஆண்டுகளுக்குப் பிறகோ மீண்டும் புண் ஏற்படலாம். முதல் அறுவைச் சிகிச்சையினால் உறுப்பு களில் ஏற்படும் மாறுதல்களால் பேரியம் எக்ஸ்ரே போன்ற சோதனையில் மீண்டும் ஏற்படும் புண் அவ்வளவு தெளிவாகத் தெரிவதில்லை. அதுபோலவே இரைப்பை நோக்கியின் சோதனையும் அவ்வளவு உதவிகரமாக இருக்காது. சிறுகுடலி லிருந்து இரைப்பையினுள் எளிதில் எதிர்க்களிப்பு ஏற்படு வதால் இவ்விதச் சோதனை பலனளிப்பதில்லை. எனவே, நோயாளியின் குணங் குறிகளை வைத்தே புண் இருக்கலாம் என்ற முடிவுக்கு வரவேண்டிய அவசியம் ஏற்படுகிறது. இருந் தாலும், பேரியம் எக்ஸ்ரே திறமையுடன் எடுக்கப்பட்டால் இந்தப் புண் நன்கு தெரியலாம்.

இவ்வித நோயாளிக்கு மருந்துகள் எந்தவிதக் குணமும் அளிப்பதில்லை. நோயாளியே அறுவைச் சிகிச்சைதான் வேண்டும் என்று கேட்பார்கள்.

அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள்

முதலில் செய்த அறுவைச் சிகிச்சையில் பகுதி இரைப்பை நீக்கம் செய்யப்பட்டிருந்தால் அவர்களுக்கு வேகஸ் துண்டிப்புச் செய்தால் புண் குணமாகும். முன்பே செய்யப் பட்டிருந்தால் அது சரிவரச் செய்யப்படாமல் சில கிளைகள் விடுபட்டிருக்கலாம். அத்தகையோருக்கு இன்சுலின் சோதனை (Hollander's test) செய்து உறுதி செய்த பின் இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சையில், விட்டுப்போன நரம்புக் கிளைகளைத் தேடித் துண்டிக்க வேண்டும். இது வயிற்றுப் பகுதி யைத் திறப்பதன் மூலம் முடியாமற் போனால், நெஞ்சுப் பகுதி யைத் திறந்தாவது செய்யவேண்டும். அப்படி நரம்பு ஏதும் தென்படாவிட்டால் சிறு பகுதி இரைப்பையை நீக்கிவிட்டுத் திரும்ப இணைப்புக் கொடுக்க வேண்டும். முடிவாக 'சோலிங் கர் எல்லிசன்' சின்ட்ரோம் என்னும் நோய் இருக்கக்கூடும் என்பதை நினைவில் வைத்துக் கணையத்தை நன்கு சோதிக்க வேண்டும்.

குடற்புண் விளைவுகள் (Complications)

துளை விழுதல் (Perforation) : புண் உள்ள பகுதியில் துளை விழுதல். சிறுகுடற் புண், இரைப்பைப் புண் இரண்டிலுமே ஏற்படலாம். அப்போது வயிறு முழுவதும் தாங்கமுடியாத வலி உடனே உண்டாகும். வயிற்றைத் தொட்டுப் பார்த்தால் தசைகள் கல்போல் இறுகி இருப்பது தெரியும். துளை வழியே காற்று வெளியேறி வயிற்றுக்குள் சேருவதால், கல்லீரல் பகுதியில் காற்று இருப்பதைத் தட்டிப்பார்த்து அறியலாம். துடிப்பறி கருவி (ஸ்டெத்தாஸ்கோப்) மூலம் சோதித்தால் 'குடல் அசைவு ஓசை' கேட்காது.

பெரும்பாலும் துளை விழுந்துள்ள நோயாளியை நேர்முகச் சோதனை செய்தே (எந்தவிதச் சிறப்புச் சோதனைகளுமின்றி) இதனை அறியலாம். சந்தேகம் இருந்தால், நோயாளியை நிற்கவைத்தோ, அல்லது உட்காரவைத்தோ வயிற்றுப்பகுதி யைக் கதிர்வீச்சுப் படம் எடுத்தால் உதரவிதானத்திற்குக் (Diaphragm) கீழ், கல்லீரலுக்கு மேல் காற்றுத் தேங்கியிருப்பது தெளிவாகத் தெரியும்.

அத்தகையோருக்கு வயிற்றைத் திறந்து ஏற்பட்டுள்ள துவாரத்தைத் தையலிட்டு மூடுவதுதான் நீண்ட நாட்களாகப் பழக்கத்தில் இருந்துவரும் சிகிச்சையாகும். அவ்விதச் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டோரில் பாதிக்கு மேற்பட்டோர், பிற் காலத்தில் ஏற்படும் அடைப்புக் காரணமாகவும், மீண்டும் அதே இடத்தில் ஏற்படும் புண் காரணமாகவும் இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சைக்கு உட்பட வேண்டியவர்களாகிருர்கள். எனவே, தற்போது நோயாளியின் தாங்கும் திறன் நன்ருக இருப்பின் துவாரத்தை அடைப்பதோடு வேகஸ் துண்டிப் புடன், இரைப்பை-சிறுகுடல் இணைப்புப் போன்ற அறுவைச் சிகிச்சைகளும் சேர்த்துச் செய்யப்படுகின்றன. குறிப்பாக, இத் தகைய சிகிச்சையினை நாள்பட்ட புண் உள்ளவர்களுக்கும், 55 வயதுக்கு உட்பட்டவர்களுக்கும் செய்வது மிக அவசியம். ஒரு சில நோயாளிகள் காலந்தாழ்த்தி மருத்துவமனைக்கு வருவ தால், அவர்களது இரத்த அழுத்தம், நாடித் துடிப்பு முதலியன மோசமடைந்து அறுவைச் சிகிச்சையைத் தாங்க முடியாத நிலைக்கு வந்து விடுகின்றனர். அந்த நிலையில் துவாரத்தை மட்டும் மூடுவதைத் தவிர வேறு எதுவும் செய்ய முடியாது.

துளை விழுந்த குடற் புண்ணுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை தவிர, வேறு சிகிச்சை கிடையாது.

குடற்புண்ணில் ஏற்படும் குடல் சுருக்கம் (Duodenal stenosis)

நெடுநாள் சிறுகுடல் புண் நோயாளிகளுக்குப் புண்ணுள்ள பகுதியில் சுருக்கம் உண்டாவதால் இரைப்பையிலிருந்து உணவு வெளியேற முடியாமல் தேங்குவதால், வாந்தி, புளித்த ஏப்பம், சில சமயம் வலி முதலியன ஏற்படுகின்றன. அப்படித் தேங்கிய உணவு இரைப்பையிலுள்ள காற்றுடன் கலந்திருப்பதால், நோயாளியை இலேசாக ஆட்டினுலும் வயிற்றுக்குள் சப்தம் எழும். அதுவே அறுவைச் சிகிச்சை தேவை என்பதை உணர்த்தும். இத்தகையோர் அடிக்கடி வாந்தி எடுப்பதால் உடலிலுள்ள நீர் மற்றும் மின்பகு பொருள்கள் (Electroltyes) குறைந்தும் இரத்தத்தின் அமில கார சமநிலை மாறுபட்டும் போகும். அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன்னுல் இவ்விதக் குறைகளைச் சரி செய்வது அவசியம். இதற்கான அறுவைச் சிகிச்சை வேகஸ் துண்டி புடன் செய்யும் இரைப்பை சிறுகுடல் இணைப்புடன்தான்.

இரத்த வாந்தி, சீதபேதி (Haematemesis and melaena)

குடற்புண் நோயாளிகளின் புண் எந்த இடத்தில் இருந்தாலும் அதிலிருந்து இரத்தக் கசிவு ஏற்படலாம். குறிப்

பாகப் புண்ணின் அரிப்பு அதன் அடியிலுள்ள இரத்தக் குழாயையும் பாதித்தால் இரத்தக் கசிவு மிக அதிகமாகும்.

இரத்த வாந்தி, குடற் புண்ணினால் மட்டும் ஏற்படுவதில்லை. இரைப்பை நெஞ்சுக்குள் ஏறும்நோய், இரைப்பைப் புற்று நோய், கல்லீரல் இரத்த அழுத்த நோய், இரத்தக் கசிவுநோய், மற்றும் கடின உணவுகளாலும், ஒரு சில புண் உண்டாக்கும் மருந்துகளைச் சாப்பிடுவதாலும் ஏற்படும் காயங்கள், இவைகளினாலும் இரத்த வாந்தியும், மலத்தில் இரத்தப் போக்கும் ஏற்படலாம். எனவே, இரத்த வாந்தி ஏற்படும் போது அது எதனால் வருகிறது என்பதைப் பிரித்து அறிவது நமது கடமையாகும். இரத்தக் கசிவு உள்ள நோயாளிக்குச் சிகிச்சை அளிக்கும்போது நமக்கு ஏற்படும் பிரச்சினைகள் மூன்று. அவை :-

1. எந்த இடத்திலிருந்து இரத்தக் கசிவு ஏற்படுகிறது.
2. நோயாளிக்கு இரத்தம் செலுத்துவது தேவையா இல்லையா.
3. அறுவைச் சிகிச்சை உடனடியாகத் தேவையா, இல்லையா என்பவைதான்.

இரத்தக் கசிவு ஏற்படும் இடம்

பொறுமையாக நோயாளியுடன் நோயின் தன்மை பற்றிக் கேட்டறிந்தால், இதற்கு முன் நீண்ட நாட்களாக அவருக்கு வயிற்றுவலி உண்டா? அதற்காக ஏதேனும் சோதனைகள் செய்யப்பட்டிருக்கின்றனவா என்பவை தெரியவரும். அதில் உள்ள சிக்கல் என்னவென்றால், நீண்ட நாள் குடற்புண் உள்ளவர்களுக்குக்கூடச் சில சமயம் வலியோ, மற்ற தொல்லைகளோ இல்லாமல் இருந்து, தற்போது இரத்தக் கசிவு ஏற்பட்டிருக்கலாம். மேலும், குடற்புண் ஒருபுறமிருக்கத் தலைவலி மாத்திரைகள் போன்ற ஒரு சில மருந்துகளை உட்கொள்வதால் இரைப்பையில் அரிப்பு ஏற்பட்டு அதிலிருந்து இரத்தக் கசிவு ஏற்படலாம். ஆகவே, நோயாளி இரத்தக் கசிவு ஏற்படுவதற்கு முன் புதிதாக ஏதாவது மருந்து சாப்பிட்டாரா என்று கேட்டறிவதும் அவசியம்.

அடிக்கடி வாந்தி எடுப்பதால் சிலருக்கு உணவுக் குழல் இரைப்பையுடன் சந்திக்குமிடத்தில் இலேசான கிழிசல்

ஏற்பட்டு அதிலிருந்தும் இரத்தம் கசியலாம். பசியின்மை, உணவு செரிக்காமை, மேல்வயிறு உப்புசம் முதலியவை இருந்தால் இரைப்பைப் புற்றுநோயாகவும் இருக்கலாம். அதிக அளவில் இரத்த வாந்தி அடிக்கடி உண்டானால் அது பெரும்பாலும் ஈரல் இறுக்கி நோயினால் உண்டாகும் கல்லீரல் இரத்த அழுத்தத்தினால் இருக்கலாம். ஈரல் இறுக்கி நோய் அதிக அளவில் மது அருந்துவோருக்கும், மஞ்சள் காமாலை நோய்க்குப் பின்னும் ஏற்படுமாகையால், அதைப் பற்றியும் நோயாளியிடம் வினவி அறிந்து கொள்ளவேண்டும்.

நேர்முகச் சோதனை

நோயாளிக்குப் பரிசோதிக்கும்போது அவருக்குக் காமாலை கழுத்தில் நிணநீர்க்கட்டி, ஈரலில் செயல்திறன் குறைவை உணர்த்தும் குறிகள் இருக்கின்றனவா என்பதைப் பார்க்க வேண்டும். வயிற்றைச் சோதிக்கும்போது கல்லீரல், மண்ணீரல் இவைகளின் விக்கம், வேறு ஏதாவது கட்டி இவை இருக்கிறதா என்பதைப் பார்க்கவேண்டும். மூக்கு வழியாகப் போடப்படும் ரயில்ஸ் குழாயின் உதவியால் இரத்தக் கசிவு தொடர்ந்து அல்லது விட்டுவிட்டு வருகிறதா என்பதையும் எந்த இடத்தில் உண்டாகிறது என்பதையும் ஓரளவு அறிந்து கொள்ளமுடியும்.

'காஸ்டிரோகிராபின்' என்னும் (Gastrograffin) அல்லது சிறிய அளவில் நன்றாகக் கரைத்த பேரியத்தைக் கொடுத்து எக்ஸ்ரே படம் எடுப்பதால் இரத்தக் கசிவுகள் ஏற்படும் இடத்தை அறிய முடியும். 'உணவுக் குழல் நோக்கி' உதவியாலும் இரத்தம் கசியும் இடத்தைக் கண்டறியலாம். கல்லீரலின் செயல் திறனை அறியும் சோதனைகள் மூலம் (குறிப்பாக) (Bromsulphthalein retension test) ஈரல் நோய் இருக்கிறதா என்பதை அறியலாம். எல்லாவிதச் சோதனைகளையும் செய்த பிறகும் ஒரு சில நோயாளிகளுக்கு அறுவைச் சிகிச்சைகளின் மூலமே இரத்தம் கசியும் இடத்தை அறியமுடியும்.

இரத்தம் செலுத்துதல் தேவையா?

இரத்த வாந்தி அதிக அளவில் இருந்தால், நோயாளியின் உடல் வெளுத்துப் போதல், வியர்த்து விடுதல், நாடித் துடிப்பு அதிகரித்தல், மூச்சுத் திணறல், இரத்த அழுத்தம் குறைதல் போன்ற மாறுதல்கள் ஏற்படும். அவை இரத்தம் செலுத்த வேண்டிய அவசியத்தை உணர்த்தும். தேவையான

இரத்தத்தைக் குறுகிய காலத்தில் மத்திய சிரை அழுத்தத்தைப் பொறுத்துச் செலுத்த வேண்டும். (Central venous pressure) திடீரென்று நாடித் துடிப்பு அதிகரித்தல், இரத்த அழுத்தம் குறைதல் இரண்டும் மேற்கொண்டு இரத்தக் கசிவு ஏற்படுகிறது என்பதை உணர்த்தும். 'ஹிமோகுளோபின்' அளவு சிவப்பணுக்களின் பரிமாணம் (PCV) ஆகிய சோதனைகளை அடுத்தடுத்துச் செய்தால் அதில் ஏற்படும் வித்தியாசத்தைக் கொண்டு எவ்வளவு இரத்தம் எந்த வேகத்தில் வெளியேறுகிறது என்பதை அறிந்து அதற்கேற்ப இரத்தம் செலுத்த வேண்டிய அளவையும் அறியலாம். அதிக இரத்தக் கசிவினால் மூளைக்குச் செல்லும் பிராணவாயு குறைவதால் நோயாளிக்குப் பிதற்றல், அலட்டல் முதலியன ஏற்படுவதுடன் இதயமும் பாதிக்கப்படலாம். சிறுநீரகங்களும் பாதிக்கப்பட்டு 'யூரியா' போன்ற கழிவுப் பொருள்கள் இரத்தத்தில் தேங்கிவிடக் கூடும். எனவே, இரத்த அழுத்தம் குறையாமல் இருக்க அதிக இரத்தத்தைச் செலுத்த வேண்டும். அதிக அளவில் இரத்தம் செலுத்தும்போது நோயாளிக்கு ஒத்துக்கொள்ளக் கூடிய இரத்தத்தைத் தேர்ந்தெடுப்பதில் அதிகக் கவனம் தேவை. அதேபோல், இரத்தம் செலுத்தும் வேகத்தையும் நோயாளியின் வயது, தேவை, தாங்கும் திறன் முதலியவைகளைப் பொறுத்து அவ்வப்போது மாற்றிக்கொள்ள வேண்டும்.

அறுவைச் சிகிச்சை தேவையா?

தொடர்ந்து இரத்தக் கசிவு ஏற்படுதல், விட்டுவிட்டு அடிக்கடி ஏற்படுதல் முதலியன, அறுவைச் சிகிச்சை தேவை என்பதற்கு முக்கியக் காரணங்களாகும். முதல்முறை, இரத்தக் கசிவு ஏற்படுகிறவர்களில் 2 சதவிகிதத்தினரும் அடுத்தடுத்து ஏற்படுகிறவர்களில் 20 சதவிகிதத்தினரும் உயிரிழக்க ஏது உண்டு என்பதால், ஒரு முறைக்குமேல் இரத்தக் கசிவு ஏற்படுமாயின் அறுவைச் சிகிச்சையை அவசியம் மேற்கொள்ளவேண்டும். வயது முதிர்ந்தவர்கள் எளிதில் இந்நோய்க்குப் பலியாகி விடுவார்களாகையால், அவர்களுக்கு விரைவில் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யவேண்டும். மருந்துகளால் ஏற்படும் இரைப்பை அரிப்பில் உண்டாகும் இரத்தக் கசிவு ஏற்படுகிறவர்களுக்கு, அறுவைச் சிகிச்சை அவ்வளவாகப் பயனளிப்பதில்லை. ஆனால், நாட்பட்ட இரைப்பைப் புண், சிறுகுடல் புண் இவைகளிலிருந்து இரத்தக் கசிவு இருந்தால் அறுவைச் சிகிச்சையே சிறந்ததாகும். முன்பே இதயநோய், நுரையீரல் நோய், சிறுநீரக நோய் முதலியன

உள்ளவர்களுக்கு, அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்வது ஆபத்தில் முடியலாம். இருப்பினும், அத்தகையோருக்கு அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்படாவிட்டால், உயிருக்கே ஆபத்து ஏற்படலாம் என்ற நிலை உருவாகும்போது அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்வதைத் தவிர வேறு வழியில்லை.

அறுவைச் சிகிச்சை செய்துதான் ஆகவேண்டும் என்ற முடிவு பலவிதச் சோதனைகள் செய்தும், நோயாளியின் நோய்க் குணங்களைப் பல முறை கேட்டறிந்தும், தீர யோசித்த பின் செய்யவேண்டும். எந்தவித அறுவைச் சிகிச்சை செய்ய வேண்டும் என்பது வயிற்றைத் திறந்து பார்த்து இரத்தக் கசிவின் இடம், தன்மை முதலியவைகளை அறிந்த பிறகே தீர்மானிக்கப்படும். ஆயினும் ஒரு சில பொதுவான கொள்கைகள் எப்போதுமே கடைப்பிடிக்கப்படுகின்றன. நீண்டகால இரைப்பைப் புண்ணுக்கு இரைப்பைப் பகுதி நீக்கம் செய்ய வேண்டும். இரைப்பைப் புண் சிறியதாகவும் இரைப்பையின் நடுவிலும் இருந்தால் அந்த இடத்தை மட்டும் நீக்கிவிடலாம். சிறுகுடல் புண்ணில் இரத்தம் கசிந்தால் கசியும் இடத்தைப் பார்த்து அதில் தையல் போடுவதால், கசிவை நிறுத்த முடியும். அத்துடன் பைலோரோபிளாஸ்டியும் வேகாட்டமியும் செய்துவிட வேண்டும். வயிற்றைத் திறந்து பார்த்த பிறகும்கூடச் சில சமயம் இரத்தம் கசியும் இடத்தைக் கண்டுபிடிக்க முடியாமல் போவதுண்டு. அந்தச் சமயங்களில் இரைப்பை, டியோடினம் முதலியவற்றையும் திறந்து அதன் உட்புறத்தைத் தீரப் பரிசோதிக்க வேண்டும்.

இரத்தக் கசிவு ஓரிரு இடங்களில் ஏற்பட்டுள்ள அரிப்புகளிலிருந்து உண்டானால், அந்த இடங்களில் தையல் போட்டு நிறுத்திவிடலாம். அரிப்புகள் பல இடங்களில் இருந்தால் அவை இருக்கும் பகுதியையே நீக்க வேண்டிய அவசியம் ஏற்படலாம்.

சிகிச்சை முறைகள்

நோயாளிக்குத் தைரியம் சொல்லி அவருக்குள்ள கவலையைப் போக்க மயக்க மருந்துகளை ஊசிமூலம் செலுத்த வேண்டும்.

இரத்த அழுத்தம், நாடித்துடிப்பு இவைகளை அடிக்கடி சோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். இரத்த அழுத்தம் குறைந்தால்

கட்டிலில் கால்புறத்தை உயர்த்துவதுடன் தலையணையை நீக்கிவிட வேண்டும். தேவையான திரவங்களையும், தேவைப் படும்போது இரத்தத்தையும் சிரை வழியே ஊசிமூலம் செலுத்தவேண்டும். தாகம் இருந்தால் மிகவும் குளிர்ந்த தண்ணீர் சிறு அளவில் அவ்வப்போது வாய்வழியே கொடுக்க லாம். மூக்குவழியாக ரைல்ஸ் குழாயைச் செலுத்தி இரைப் பையில் தேங்கியுள்ள இரத்தத்தை அவ்வப்போது வெளியே எடுத்துவிடவேண்டும். மேலும், தொடர்ந்து இரத்தக் கசிவு இருக்கிறதா என்று அறியவும் இது உதவும். மருந்துகள் கொடுப்பது தேவையற்றதாகும். ஆனால், ஆண்டாசிட் கொடுப்பது சில சமயம் பயனுள்ளதாக இருக்கும்.

இதற்கிடையில் தேவையான சோதனைகளைச் செய்து அறுவைச் சிகிச்சை பற்றி ஒரு முடிவெடுத்து, தேவையாயின் அறுவைச் சிகிச்சையைக் காலந்தாழ்த்தாமல் மேற்கொள்ள வேண்டும். இரத்தக் கசிவு நின்று நோயாளியின் நிலையில் முன்னேற்றமும் ஏற்பட்டால் முதலில் திரவ ஆகாரத்தைக் கொடுத்து, பிறகு கொஞ்சம் கொஞ்சமாக எளிதில் சீரணிக்கக் கூடிய உணவாகக் கொடுத்துவரலாம். நோயாளியை எழுந்து நடமாடவும் அனுமதிக்கலாம். உடல் நலம் நன்கு தேறிய பின் விட்டுப்போன சோதனைகள் யாவற்றையும் செய்து இரத்தக் கசிவின் காரணத்தை அறிந்து அதற்கான நிரந்தர சிகிச்சையை மேற்கொள்ள வேண்டும்.

இரைப்பைப் பகுதி நீக்கத்தால் விளையும் ஊறுகள் (Post - Gastrectomy Syndrome)

இரைப்பையின் ஒரு பகுதியை அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் அகற்றுவதால் பிற்காலத்தில் அந்த நோயாளிக்குப் பலவித இடையூறுகள் ஏற்பட ஏதுவாகும். அதனால் அண்மைக் காலத்தில் குடற்புண் அறுவைச் சிகிச்சை முறையில் பலவித மாறுதல்கள் ஏற்பட்டுள்ளன. கூடிய வரையில் உணவுப் பாதையின் தொடர்பு மாறுபடாமலிருப்பதிலும் மிகக் குறைந்த இரைப்பைப் பகுதியையே அகற்றுவதிலும் கவனம் செலுத்தப்படுகிறது. அதனால், பின் ஏற்படும் ஊறுகளை ஒருவாறு தவிர்க்க முடிகிறது.

அந்த ஊறுகளின் தொகுப்பிற்கு (Post gastrectomy syndrome) அல்லது (Post gastric operation syndrome) என்று பெயர். இதில் ஏற்படும் குணங்கள் பலவாக இருப்பினும்

இவை ஒன்றுக்கொன்று தொடர்புடையனவாகும். மேலும், ஒரே நோயாளிக்கு ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட குணங்கள் இருப்பதும் உண்டு. விளைவுகளாவன :

1. உயிர்ச்சேதம்
2. உணவுக்குப் பின் உடனடியாக ஏற்படும் ஊறுகள் (Dumping syndrome)
3. உணவுக்குப் பின் சிறிது காலம் தாழ்த்தி ஏற்படும் தொந்தரவுகள் (Hypoglycaemic attacks)
4. பித்த வாந்தி
5. இணைப்புப் பகுதியின் புண்
6. பித்தத் தேக்கம்
7. ஊட்டச் சத்துக் குறைதல்
8. மலம் கழிப்பதில் ஏற்படும் மாறுதல்கள்

உயிர் சேதம் – இரைப்பையில் ஒரு பகுதியை நீக்குவதால் 5 சதவீதம் வரை உயிர் சேதம் ஏற்படலாம். ஆனால், அறுவைச் சிகிச்சை செய்பவரின் திறமைக்கும் தேர்ச்சிக்கும் தக்கவாறு இது மாறுபடலாம். வேகாட்டமி மற்றும் அதனுடன் செய்யப்படும் வடிவுமுறை (Vagotomy and drainage procedure) அறுவைச் சிகிச்சையால் 0·1 முதல் 0·5 சதவிகிதம்வரைதான் உயிர் சேதம் ஏற்படுகிறது. அதிக அளவு எண்ணிக்கை நோயாளிகளை எடுத்துக் கணக்கிடும்போதுதான் இது பொருந்தும்.

உணவு அருந்தியபின் உடனடியாக ஏற்படும் ஊறுகள் (Dumping Syndrome). இதன் அடிப்படைக் காரணம் சரியாகப் பதப்படுத்தாத உணவு இரைப்பையிலிருந்து ஜிஜீனத்திற்கு நேரடியாகப் போய்ச் சேருவதே ஆகும். அதனால், குடலின் அசைவு அதிகமாகி மேல் வயிற்றில் ஒருவித சுகவீனம் ஏற்படும். வயிற்று உப்புசம், வாந்தி வருதல் போன்ற உணர்வு, வாந்தி, பேதி முதலியன ஏற்படும். உணவுக்குப் பின் வயிற்றுப்பகுதியில் உள்ள இரத்தக் குழாய்களில் சில மாறுதல்கள் உண்டாகி அதிக அளவில் இரத்தம் அதனுள் சென்று பல உறுப்புகளை அடைகிறது. அதனால், மூளை போன்ற மற்ற முக்கியமான உறுப்புகளுக்கு இரத்தம் குறைந்த அளவில் போய்ச் சேருவதால், பலவீனம், தலைசுற்றல், நெஞ்சு படபடப்பு, அதிக

வியர்வை, உடல் வெளுத்துக் காணப்படுதல் முதலிய மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. அத்துடன் தானியங்கி நரம்பு மண்டலத்தின் ஏற்றத் தாழ்வு இரத்தத்தில் உள்ள மின்பகு பொருள்களில் ஏற்படும் மாறுதல்கள் அதிக அளவில் சிரோடோனின் என்னும் நீர் சுரந்து இரத்த ஓட்டத்தில் கலப்பது ஆகியவற்ருல் இத்தகைய விளைவுகள் ஏற்படுகின்றன. உணவுக்குப் பின் 5 முதல் 30 நிமிடத்திற்குள் இவை யாவும் ஏற்பட்டுவிடுகின்றன. குறிப்பாக மாவுப்பொருள்கள் அதிகம் அடங்கிய உணவால் இது ஏற்படுகிறது. இத்தகைய குணங்கள் ஒரு மணி நேரம்வரை நீடிக்கும். இந்தச் சமயத்தில் நோயாளி படுத்து ஓய்வு எடுத்துக் கொண்டால் இந்தக் குணங்கள் குறையலாம். ஈர்ப்புச் சக்தி அதிகமாக உள்ள திரவங்களை ஜிஜீனத்தினுள் செலுத்துவதால், சோதனை முறையில் இவ்வித குணங்களை ஏற்படுத்த முடியும். இரைப்பைப் பகுதியை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றுவதால் அதன் வேலைகளான உணவைத் தேக்கிவைத்துக் கொஞ்சம் கொஞ்சமாகக் காலி செய்வது, உணவைப் பதப்படுத்தி, சீரணத்திற்கு உகந்ததாகச் செய்வது முதலியன சரிவர நடக்காததால், மேற்சொன்ன விளைவுகள் உண்டாகின்றன. இதே குணங்கள் 'காஸ்டிரோ ஜிஜீனுஸ்டமி' செய்யப்பட்டவர்களில் சிலருக்கும் வரக்கூடும்.

சிகிச்சை

அவ்வப்போது சிறு அளவில் புரதம், கொழுப்பு முதலியன அதிகமாயும் மாவுப் பொருள் குறைவாயும் உள்ள உணவை உட்கொள்ள வேண்டும். மருந்துகள் எதுவும் இதில் பயன்படா. எனினும் சிரடோனினை அழிக்கக்கூடிய மருந்துகளைக் கொடுக்கலாம் என்று ஒரு சிலர் கருதுகின்றனர். மிகவும் அவதியுறும் நோயாளிக்கு மீண்டும் ஒரு அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படலாம். அதன் குறிக்கோள் உணவு சிறுகுடலை அடையும் நேரத்தைக் காலம் தாழ்த்துவதே ஆகும்.

ஏ. 'காஸ்டிரோ ஜிஜீனுஸ்டமி' செய்திருந்தால் அதை காஸ்டிரோடியோடினுஸ்டமியாக மாற்றலாம்.

பி. இணைப்புப் பகுதியின் வழியைச் சிறியதாக்கலாம்.

சி. இரைப்பையின் சேமிப்புத் திறனை பிளாஸ்டிக் முறைகளின் மூலம் அதிகமாக்குதல்.

உணவுக்குப் பின் காலம்தாழ்த்தி ஏற்படும் விளைவுகள்—இரைப்பையிலிருந்து உணவு அதிக அளவில் வெளியேறு

வதால் அதிலுள்ள மாவுப்பொருள்கள் விரைவில் இரத்தத்துடன் கலந்து இரத்தத்தில் சர்க்கரைச் சத்து அதிகமாகிறது. இது இன்சுலின் சுரப்பிகளைத் தூண்டி 'இன்சுலின்' அதிகமாகச் சுரப்பதால் திடீரென இரத்தத்தின் சர்க்கரைச் சத்து, பெருமளவில் குறைகிறது. இது உணவுக்குப் பின் $2\frac{1}{2}$ முதல் 3 மணி வரை ஏற்படும். இதைத் தடுக்க 2 மணிக்கொருமுறை சிறு அளவில் உணவு உட்கொள்ள வேண்டும். குணங்கள் ஏற்பட்ட பின் சிறிது குளுகோஸ் சாப்பிட்டால் அது மறைந்துவிடும்.

பித்த வாந்தி – இது இரைப்பையுடன் ஜிஜினத்தை இணைக்கும் எல்லாவித அறுவைச் சிகிச்சையிலும் ஏற்படலாம். பித்த நீர், கணையநீர் இரண்டும் இரைப்பையினுள் வந்து சேருவதால் இது உண்டாகிறது. இணைப்புக்கு முன் உள்ள ஜிஜினம் விரிவு அடைந்தாலும் மிக நீளமாக இருந்தாலும் இது உண்டாகும். இது உள்ளவர்கள் உணவு உண்டால் வாந்தி வருமே என்ற பயத்தினல் சரிவரச் சாப்பிடாமல் இளைத்துவிடுவார்கள். இதை மற்றும் ஒரு அறுவைச் சிகிச்சைமூலம்தான் குணப்படுத்த முடியும்.

முதல் அறுவைச் சிகிச்சையில் 'காஸ்டிரோஜிஜினுஸ்டமி' செய்யப்பட்டிருந்தால் அதை 'காஸ்டிரோடியோடினுஸ்டமி' யாக மாற்றலாம். இணைப்புக்கு முன்னும் பின்னும் உள்ள ஜிஜினத்தை இணைத்து விடுவதால் பித்தநீர் இரைப்பைக்குப் போகாதபடி செய்யலாம். இணைப்புக்கு முன் உள்ள ஜிஜினத்தைத் துண்டித்து இணைப்புக்குக் கீழே கொண்டுவந்து மீண்டும் இணைக்கலாம். இந்த முறைக்கு 'Roux - En - Y' முறை எனப் பெயர்.

இணைப்புப் பகுதியில் மீண்டும் ஏற்படும் புண் – இது பற்றி முன்பே விவரிக்கப்பட்டுள்ளது.

பித்தத் தேக்கம் – குடற் புண்ணுக்குச் செய்யப்படும் அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பிறகு சில சமயம் ஒரு சிலருக்குக் கல்லீரலுக்குள்ளேயே பித்தத் தேக்கம் ஏற்படலாம்.

ஊட்டச் சத்துக் குறைதல் – இரைப்பையின் ஒரு பகுதியை அகற்றுவதாலும், உணவுக்குக் குறுக்குவழி ஏற்படுத்துவதாலும் சீரண சக்தி குறைந்து ஊட்டச் சத்துக்கள் உடலில் சேராது போய்விடக்கூடும். அதனல், உடல்எடைக் குறைவு, சோகை முதலியன உண்டாகும். புரதம் குறைவதால் கால்வீக்கம், வயிற்றில் நீர் சேருதல், வைட்டமின் டி குறைவதால் எலும்பி

லுள்ள கால்சியம், பாஸ்பரஸ் போன்ற தாதுப் பொருள்கள் அகற்றப்பட்டு எலும்பு முறிவும், 'ஆஸ்டியோ - மலேசியா', 'ஆஸ்டியோ-பொரோசிஸ்' போன்ற எலும்பு நோய்கள் முதலியனவும் உண்டாகலாம்.

மலம் கழிப்பதில் ஏற்படும் மாறுதல்கள்

அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பின் ஒரு சிலருக்கு விட்டு விட்டோ அல்லது தொடர்ந்தோ பேதியாகும். 'வேகாட்டமி' செய்த பிறகு இரைப்பையில் அமிலச் சுரப்புக் குறைவதாலும் குடலில் நோய் நுண் அணுக்கள் அதிகமாவதாலும், பித்தநீர், கணையநீர் முதலியன போதிய அளவு சுரக்காததால் சீரணம் சரிவர நடக்காததாலும், சிறுகுடலின் உணவுச் சத்துக்களை ஈர்க்கும் திறன் குறைவதாலும் இத்தகைய பேதி ஏற்படுகிறது. செய்யப்படும் அறுவைச் சிகிச்சையால் உணவு டியோடினத் தின் வழியாகச் செல்லாமல் போகுமாயின் கணைய நீர்ச் சுரப்பி களைத் தூண்டும் ஹார்மோன்களை டியோடினம் உற்பத்தி செய்வதில்லை. இதனால், கணைய நீர்ச் சுரப்புக் குறைந்து சீரணம் பாதிக்கப்படுகிறது. அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பின் உணவு, குடல் வழி செல்லும் நேரம் குறைவதாலும் பேதியாகலாம்.

'செலக்டிவ் வேகாட்டமி' செய்வதால் பேதியாவதைத் தடுக்கலாம் என்று நம்பப்படுகிறது. 'கொடின்பாஸ்பேட்' போன்ற மருந்துகளைக் கொடுத்துப் பேதியை அவ்வப்போது கட்டுப்படுத்தலாம். ஒரு சில உணவுப் பொருள்களை உண்பதால் பேதி ஏற்படுகிறது என்பதை அறிந்தால், அப் பொருள்களை உணவிலிருந்து நீக்கலாம். கட்டுப்படுத்த முடியாத அளவுக்குப் பேதியிருந்தால் மீண்டும் ஒரு அறுவைச் சிகிச்சை செய்து உணவுப்பாதை வழக்கமான வழியில் இருக்கு மாறு செய்யலாம். சில சமயம் இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சை ஏமாற்றம் அளிப்பதும் உண்டு.

குடற்புண் உண்டாக்கவல்ல கணையத்தின் கட்டி (Zollinger - Ellison Syndrome)

இந்த அரிய நோய் 1955ஆம் ஆண்டு இரு அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணர்களால் கண்டறிந்து விவரிக்கப்பட்டுள்ளது. அதற்கு அவர்களுடைய பெயரே இடப்பட்டுள்ளது. கணையத் தின் ஐலெட் எனப்படும் இடங்களில் 'காஸ்ட்ரின்' என்னும் நீரைச் சுரக்கும் β அல்லாத அணுக்கள் உள்ளன. அவ்வணுக் களிலிருந்து உண்டாகும் புற்றுநோய்க் கட்டியினால்தான்

இந்நோய் ஏற்படுகிறது. இந்தக் கட்டி மிக அதிக அளவில் 'காஸ்ட்ரினை'ச் சுரந்து இரைப்பையைத் தூண்டி, அமிலத்தைச் சுரக்கச் செய்வதால் குடற்புண், பேதி முதலியன உண்டாகின்றன. குடற்புண் தீவிரமாக ஏற்படுவதுடன் ஜெஜீனம், உணவுக் குழலின் கீழ்ப்பகுதி போன்ற இடங்களிலும் வழக்கத்திற்கு மாறுகப் புண் ஏற்படுவதுண்டு. 30 முதல் 60 வயதுக்கு உட்பட்டவர்களுக்கே இந்த நோய் பெரும்பாலும் காணப்பட்டாலும் எல்லா வயதினருக்கும் ஏற்படலாம். பெண்களை விட ஆண்கள் அதிகம்பேர் பாதிக்கப்படுகிருர்கள். இந்நோயில் குடற்புண் மிகக்குறுகிய காலத்திலேயே வியக்கத்தக்க அளவுக்குப் பெரியதாகவும், பல இடங்களிலும் உண்டாகும். இவ்வகைக் குடற்புண்ணினுல் ஏற்படும் குணம் குறிகள் சாதாரணமாக ஏற்படும் புண்ணில் காணப்படுவன போலவே இருப்பினும் மிக அதிக அளவிலும், தொடர்ந்தாற் போலும் இருக்கும். சாதாரண சிகிச்சை முறைகளினுல் குணப்படுவதும் இல்லை. இரத்தக் கசிவு, துளைவிழுதல் போன்ற விளைவுகள் எளிதில் ஏற்பட்டு விடுகின்றன. ஒரு சிலருக்கு ஆரம்பமே இவ்வித விளைவுகளாகத்தான் இருக்கும்.

பெரும்பாலும் ஆரம்ப காலத்தில் இந்நோய் கண்டு கொள்ளப்படுவதில்லை. சாதாரண குடற்புண் என்று நினைத்து அதற்குரிய அறுவைச் சிகிச்சை செய்தபின் மிகக் குறுகிய காலத்திலேயே மீண்டும் புண் ஏற்படுவதாலேயே இந் நோய் கண்டுபிடிக்கப்படுகிறது. இரைப்பைச் சுரப்பிகள் அதிகமாக வேலைசெய்வதால் 12 மணி நேரத்தில் 1 லிட்டருக்கு மேல்கூட இரைப்பைநீர் சுரக்கிறது. 'ஹிஸ்டமின்' 'பென்டகாஸ்ட்ரின்' போன்ற இரைப்பைச் சுரப்பிகளைத் தூண்டக் கூடிய மருந்துகளைக் கொடுத்தாலும் சுரக்கும் நீரின் அளவு மாறுபடுவதில்லை. ஏனெனில் இரைப்பைச் சுரப்பிகள் தொடர்ந்தாற் போல் அதன் அதிக அளவு செயல்திறனுல் வேலைசெய்து கொண்டே இருக்கின்றன.

இந் நோய் உள்ளவர்களில் 25 சதவிகிதத்தினருக்கு 'அட்ரினல்' 'பிட்யூட்டரி' 'பேராதைராய்டு' முதலிய மற்றைய நாளமில்லாச் சுரப்பிகளிலும் கட்டிகள் ஏற்படுவதுண்டு. இதை 'மல்டிபிள் எண்டோகிரைன் அடினேமா சின்ட்ரோம்' (Multiple Endocrine adenoma Syndrome) அல்லது பாலிகிளாண்டுலார் சின்டிரோம் (Polyglandular Syndrome) என்று அழைக்கிருர்கள். மேலும், இது ஒரே குடும்பத்தில் பலருக்கும் அல்லது ஒவ்வொருவருக்கும் வெவ்வேறு நாளமில்லாச் சுரப்பியில்

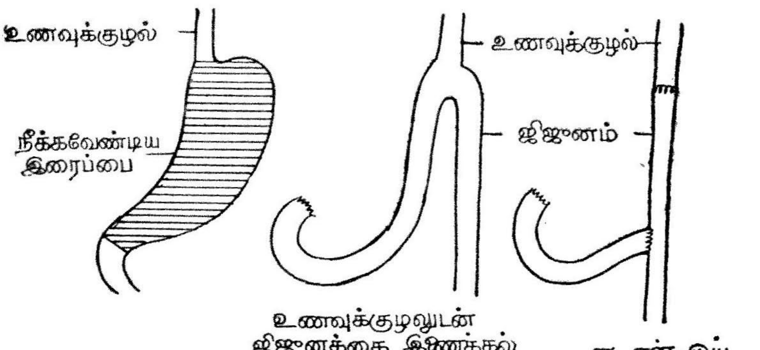
கட்டி ஏற்படுவதும் உண்டு. அப்படி ஏற்படும்போது அந்தந்த நாளமில்லாச் சுரப்பி அதிக அளவில் செயல் படுவதால் ஏற்படும் விளைவுகளும் 'சோலிங்கர் எல்லிசன் சின்ட்ரோமின்' குணம் குறிகளுடன் சேர்ந்து காணப்படும்.

நோய் இயல்பு: குடற்புண் விளைவிக்கக்கூடிய கணையத் தின் கட்டிகள் 60 சதவிகிதம்வரை வீரியம் (Malignant) உள்ளவையாக இருந்தாலும் அந்தக் கட்டிகளும் அதன் கிளைக் கட்டிகளும் மெதுவாகவே வளருகின்றன. சில சமயங்களில் கிளைக்கட்டிகள் முதற்கட்டியைவிடப் பெரிய அளவில் இருப்பதும் உண்டு. 10 சதவிகிதத்தினருக்கு இவ்வகைக் கட்டிகள் கணையத்தைத் தவிர்த்து மற்ற இடங்களில் குறிப்பாக 'டியோடினத்'தில்கூட ஏற்படலாம். எவ்வகை அணுக்களி லிருந்து இந்தக் கட்டி உண்டாகிறது என்று இதுவரை முடிவாக அறியப்படவில்லை. எனினும் β 'செல்' என்னும் அணுக்களி லிருந்து உண்டாவதில்லை என்பதை அறிந்துள்ளனர். 'ஐலெட்டில்' உள்ள 'ஆர்கைரோபிலிக் மெட்டாக்ரோமாட்டிக் (Argyrophilic Metachromatic) அணுக்களிலிருந்து உண்டாகலாம் என்று நம்பப்படுகிறது. ஏனெனில் இரைப்பையின் 'ஆன்ட்ரம்' பகுதியில் உள்ள 'காஸ்ட்ரின்' சுரக்கும் அணுக் களும் இதே வகையைச் சேர்ந்தனவாக இருக்கின்றன.

நோய் அறிதல்: 1. வழக்கத்திற்கு மாருன இடத்தில் புண் ஏற்படுதல், 2. புண்ணுடன் பேதியும் உண்டாகுதல், 3. அறுவைச் சிகிச்சைக்குப்பின் விரைவிலேயே மீண்டும் புண் ஏற்படுதல், 4. பேரியம் எக்ஸ்ரேயில் இரைப்பையின் உட்பகுதி தடித்த மடிப்புக்களுடன் காணப்படுதல், 5. காலி இரைப்பையில் அதிக நீர் சுரத்தல் ஆகியவை இருந்தால் இந்த நோய் இருக்கலாம் என்று ஓரளவு ஊகிக்கலாம். இரத்தத்தில் உள்ள 'காஸ்ட்ரினின்' அளவை அறிதலால் இந் நோயைக் கண்டுபிடிக்கலாம். ஆனல் அந்தமுறை அவ்வளவு எளிதானதன்று. 'ரேடியோ இம்மியூன் அஸ்ஸே' (Radio-immunassay) என்னும் புதியமுறைச் சோதனைகள் மூலம் எளிதில் கண்டுகொள்ளலாம்.

சிகிச்சை: மருந்துகள் எதுவும் இந் நோயில் பயனளியா. கணையத்தின் கட்டியை அகற்றுவதே சரியான சிகிச்சை ஆகும். ஆனல் அது முழுப்பயனை அளிப்பதில்லை. ஏனெனில் 1. அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன்பே பல கிளைக்கட்டிகள் ஏற்பட்டிருக்கலாம்; 2. கணையத்திலேயே பல கட்டிகள்

இருக்கலாம்; அல்லது 3. கணையம் முழுவதிலும் உள்ள ஐலெட் அணுக்கள் பெருகி அதிக அளவில் வேலை செய்யலாம். எனவே, இத்தகைய அறுவைச் சிகிச்சை முழு வெற்றி அளிக்காததுடன், அதிக அமிலச் சுரப்பால் இரத்தக்கசிவு, துளை விழுதல் போன்ற ஆபத்து விளையக் கூடியதாயும் முடிந்துவிடக்கூடும். எனவே இந்நோயில் 'முழு இரைப்பை நீக்கம்' (Total Gastrectomy) செய்வதே சிறந்த சிகிச்சையாகக் கருதப்படுகிறது.



படம் -8
முழு இரைப்பை நீக்கம்
(Total gastrectomy)

இரைப்பை அழற்சி (Gastritis)

இது தீவிர அழற்சி, நெடுநாள் அழற்சி என இரு வகைப்படும் (Acute and chronic). பொதுவாகத் தீவிர அழற்சியில்தான் நோயாளிக்கு, நோயின் குணங்கள் ஏற்படுகின்றன.

தீவிர இரைப்பை அழற்சி: இரைப்பையில் எரிச்சலூட்டக் கூடிய உணவை உட்கொள்ளுவதால் அழற்சி உண்டாகும். உதாரணமாக மது அருந்துதல், 'ஆஸ்பிரின்' (Aspirin) 'பினைல் பூட்டோசோலிடின்' (Phenyl Butozolidin) போன்ற மருந்துகளைச் சாப்பிடுதல், அமிலம் அல்லது காரம் இவைகளைத் தவறுதலாகச் சாப்பிடுதல் முதலியவைகளால் தீவிர அழற்சி ஏற்படலாம். சில சமயம் 'டிப்தீரியா' (Diphtheria) 'இன்புளுவன்சா' (Influenza) போன்ற நோய்களிலும் ஏற்படக் கூடும்.

இதில் பசியின்மை, வாந்தி, மேல் வயிற்றில் வலி முதலியன இருக்கும். இரைப்பையின் உட்பகுதி மிகவும் சிவந்தும் ஆங்காங்கே சிறு புண்களுடனும் காணப்படும். ஈரஅடர்ப் படலத்தின் அணுக்கள் 72 மணி நேரத்திற்குள் நன்கு வளர்ச்சி யடையக்கூடிய தன்மையைப் பெற்றிருப்பதால் இரைப்பையில் நிரந்தர மாறுதல் எதுவும் ஏற்படுவதில்லை.

நெடுநாள் அழற்சி : இதில் இரைப்பைச் சுவரின் உட்பகுதி யில் 'பிளாஸ்மா செல்', (Plasma cell) 'நியூட்ரோபில்' (Neutrophil), இயோசினுபில் (Eosinophil) போன்ற வெள்ளணுக்கள் நிறைந்திருக்கும். இரைப்பைச் சுரப்பிகள் எண்ணிக்கையில் குறைந்து காணப்படும். இவ்வித இரைப்பை அழற்சி எவ்விதக் குணங் குறிகளையும் ஏற்படுத்தாததால் இதனைக் கண்டறிவது கடினமாகிறது. 'இரைப்பை நோக்கி' மூலம் இரைப்பையின் உட்புறத்தை நேரடியாகப் பார்த்து அறியலாம். இந் நோயில் அமிலச்சுரப்பு, பலவகை மருந்துகளால் தூண்டப்பட்ட பின்பும் மிகக் குறைந்த அளவிலேயே இருக்கும்.

இந் நோயின் காரணங்களும் அதன் தன்மையும் : நீண்ட கால அழற்சி வயதான பெண்களுக்கே அதிகம் உண்டாகிறது. இரும்புச் சத்துக் குறைவினுல் ஏற்படும் சோகை நோயில் இது வரலாம். அதிகமாகப் புகை பிடித்தல், மது அருந்துதல் போன்ற பழக்கங்கள் உள்ளவர்களுக்கு ஏற்படலாம். கடின மான உணவினுல் இரைப்பையின் உட்பகுதி சேதமுற்றுலும் பித்த நீர் இரைப்பைக்குள் எதிர்க்களித்தாலும் இந் நோய் ஏற்படலாம். இத்தகைய நோயாளிகளின் இரத்தத்தில் அமிலச் சுரப்பிகளுக்கு எதிர்ப்புப்பொருள் (Antibodies) காணப் படுவதால், இது ஒரு 'தானியங்கித் தடுப்பு நோய்' (Auto immune disease) என்று கருதப்படுகிறது. அத்தகைய எதிர்ப்புப் பொருள்கள் கேடு மிக்க சோகை நோயிலும், (Pernicious anaemia) மற்றவிதத் தானியங்கித் தடுப்பு நோய்களிலும் காணப்படுவதால் இவை இந்நோய்க்குக் காரணமா? அல்லது நோயினுல் ஏற்பட்ட விளைவா? என்பது இன்னும் விளங்காத ஒன்றுக இருக்கிறது.

இரும்புச்சத்துக் குறைவினுல் ஏற்படும் சோகையும், இரைப்பை அழற்சியும் சேர்ந்து காணப்படுவதால் அழற்சியினு லேயே சோகை உண்டாகிறது என்பது தெளிவாகிறது. அழற்சியில் ஏற்படும் இரத்தக் கசிவினுலும் இரும்புச்சத்து உடலில் சரிவரச் சேராததாலும் இவ்விதச் சோகை ஏற்படு

கிறது. மேலும், இரைப்பையிலிருந்து சுரக்கும் இயற்கையான காரணப்பொருள் (Intrinsic factor) சுரக்காததால் கேடுமிக்க சோகையும் (Pernicious anaemia) உண்டாகிறது. இதிலும் எது முதலில் ஏற்படுகிறது, எதனுல் எது ஏற்படுகிறது என்பது இன்னும் தெளிவுற அறியப்படவில்லை. இரைப்பைப் புண், இரைப்பைப் புற்று, இரைப்பையில் தொங்குதசை வளர்ச்சி (Polyposis) போன்ற நோய்களில் அழற்சி காணப்படுவதால் அவ்வித நோய்களுக்கு நெடுநாள் அழற்சியும் ஒரு காரண மாக இருக்கலாம். ஆனுல், மேற்கூறிய எல்லாவித நோய் களிலும் அழற்சி இருப்பதால் எது முதலில் வந்தது என்பது வாதத்திற்குரிய ஒன்ருகும். ஆயினும் நெடுநாள் அழற்சியில், இந் நோய்கள் ஏற்படலாம் என்று சிலர் நம்புகிருர்கள்.

சிகிச்சை: தீவிர அழற்சிக்குக் காரமில்லாத உணவு, அமிலத்தைச் செயலிழக்கச் செய்யும் மருந்துகள், இரைப் பைக்கு ஊறு விளைவிப்பனவற்றை நீக்குதல் ஆகியவையே தகுந்த சிகிச்சை ஆகும். நெடுநாள் அழற்சிக்குச் சோகையை நீக்குதல், இரைப்பைக்குக் கெடுதி செய்யும் மது, மருந்து முதலியவற்றை விலக்குதல், வைட்டமின் B_{12} போன்ற மருந்து களைக் கொடுத்தல் ஆகியவையே தகுந்த சிகிச்சை ஆகும்.

இரைப்பைப் புற்றுநோய்
(Carcinoma of the Stomach)

இரைப்பைப் புற்றுநோயின் அளவு உலகத்தில் இடத்திற்கு இடம் மாறுபடுகிறது. உதாரணமாக, ஜப்பானில் அதிக அளவிலும், இங்கிலாந்தில் நடுத்தர அளவிலும், வட அமெரிக்காவில் குறைந்த அளவிலும் காணப்படுகிறது. வட அமெரிக்காவில் கடந்த 30 ஆண்டுகளாக இந் நோயினுல் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் எண்ணிக்கை ஆண்டுக்கு ஆண்டு குறைந்து வருகிறது. இதனுல் ஒரு சில சூழ்நிலை மாறுபட்டால் இந் நோயின் அளவும் மாறக்கூடும் என்பது தெளிவாகிறது. இந் நோய் உண்டாவதன் காரணங்கள் இதுவரை சரியாக அறியப்படவில்லை.

95 சதவிகிதத்திற்கு மேற்பட்ட இரைப்பைப் புற்றுநோய் அதன் சுரப்பி அணுக்களிலிருந்து உண்டாவதால் அவை 'அடினேகார்சினேமா' (Adenocarcinoma) ஆகும். 'சார்க் கோமா' ஏற்படுவது மிகவும் அரிது. அப்படி ஏற்பட்டால் 'லிம்போ சார்க்கோமா' அல்லது (Lymphosarcoma), லியோ மயோ சார்க்கோமா (Liomyosarcoma) போன்றவை உண்டா

கும். அவைகளை அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன் கண்டறிவது மிகவும் கடினம். பெரும்பாலும் அறுவைச் சிகிச்சையினுல் அகற்றப்பட்ட பகுதிகளைப் பரிசோதித்த பிறகே அவ்வரிய வகைப் புற்றுநோய்கள் கண்டுகொள்ளப்படுகின்றன. 'அடினே கார்சினேமா' இரைப்பையின் கடைப்பகுதி, நடுப் பகுதி, தலைப்பகுதி ஆகிய எல்லா இடங்களிலும் வருமாயினும் கடைப்பகுதியிலேயே (Pyloric antrum) அதிகம் ஏற்படுகிறது. பெரும்பாலான புற்றுநோய் அதற்கு முன் நோய்வாய்ப்படாத இரைப்பையிலேயே உண்டாகிறது. சில சமயம் நாட்பட்ட இரைப்பைப் புண்ணும் புற்றுநோயாக மாறலாம். ஆனுல், இரைப்பைப்புண் புற்றுநோயாக மாறும் என்பதை எல்லோரும் ஒருமுகமாக ஒப்புக் கொள்வதில்லை. இரைப்பைப் புண்ணும், இரைப்பைப் புற்றுநோயும் சேர்ந்து காணப்படுவது மிகவும் அரிது. ஆனுல் குடற்புண்ணுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்ட சில ஆண்டுகளுக்குப் பின் இரைப்பைப் புற்று நோய் சிலருக்கு ஏற்படுவதுண்டு.

இரைப்பைப் புற்று நோயினுல் ஆரம்ப காலத்தில் எவ்விதக் குணங்குறிகளும் ஏற்படாவாகையால் நோயாளிகள் காலம் தாழ்ந்தே சிகிச்சை நாடி வருகிருர்கள். முன்கூட்டியே வந்தாலும் இந்நோய் எளிதில் அறியப்படுவதில்லை. நோயாளி தன் உடல் நலம் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறது என்பதை உணரு முன் இரைப்பையின் ஒரு பகுதியில் புற்றுநோய் பரவிவிடுகிறது. அவர்கள் மருத்துவரிடம் வரும்போது பசியின்மை, உணவு உண்டபின் மேல்வயிறு உப்புதல், புளித்த ஏப்பம், உடல் எடைக்குறைவு முதலிய தொந்தரவுகளுக்காகவே வருகிருர்கள். புற்றுநோய் புண்ணில் இருந்து இரத்தக்கசிவு ஏற்படுவதால் சோகை, உடல் வெளுப்பு, களைப்பு, சிறிது வேலை செய்தாலும் மூச்சுத் திணறல், இதயத்தின் செயல்திறன் குறைதல் முதலியன உண்டாகும். குறிப்பாக நடுத்தர வயதுள்ள ஆண்களுக்குத் திடீரெனச் சோகை ஏற்பட்டால் இரைப்பையில் புற்றுநோய் இருக்கலாம் என்பதை நினைவில் கொள்ளவேண்டும். இந் நோயில் வயிற்றுவலி அவ்வளவாக இருப்பதில்லை. காலங் கடந்து மருத்துவரிடம் வரும் ஒரு சிலர் தன் வயிற்றில் ஒரு கட்டி இருக்கிறது என்று அவர்களாகவே சொல்லுவார்கள். இரைப்பையின் கடைப்பகுதியில் ஏற்படும் புற்றுநோய் விரைவில் அடைப்பை ஏற்படுத்துவதால் அடிக்கடி வாந்தி உண்டாகும். இது ஒரு வகையில் நன்மை பயப்பதாகும். ஏனெனில் வாந்திக்காகவாவது சிகிச்சை நாடி வரும்போது இந் நோய் கண்டுகொள்ளப்படுகிறது. வாந்தியில் பழுப்புநிறத்

திரவமும், சீரணமாகாத உணவுப்பொருளும் இருக்கும். புற்று நோய்ப்புண்ணிலிருந்து கசியும் இரத்தத்தில் அமிலம் கலப்ப தால் இந்தப் பழுப்புநிறத் திரவம் உண்டாகிறது.

இரைப்பைப் புற்றுநோய் ஒருவருக்கு இருக்குமென சந்தேகிக்கப்பட்டால் அவரைத் தீரப் பரிசோதித்துப் பார்க்க வேண்டும்.

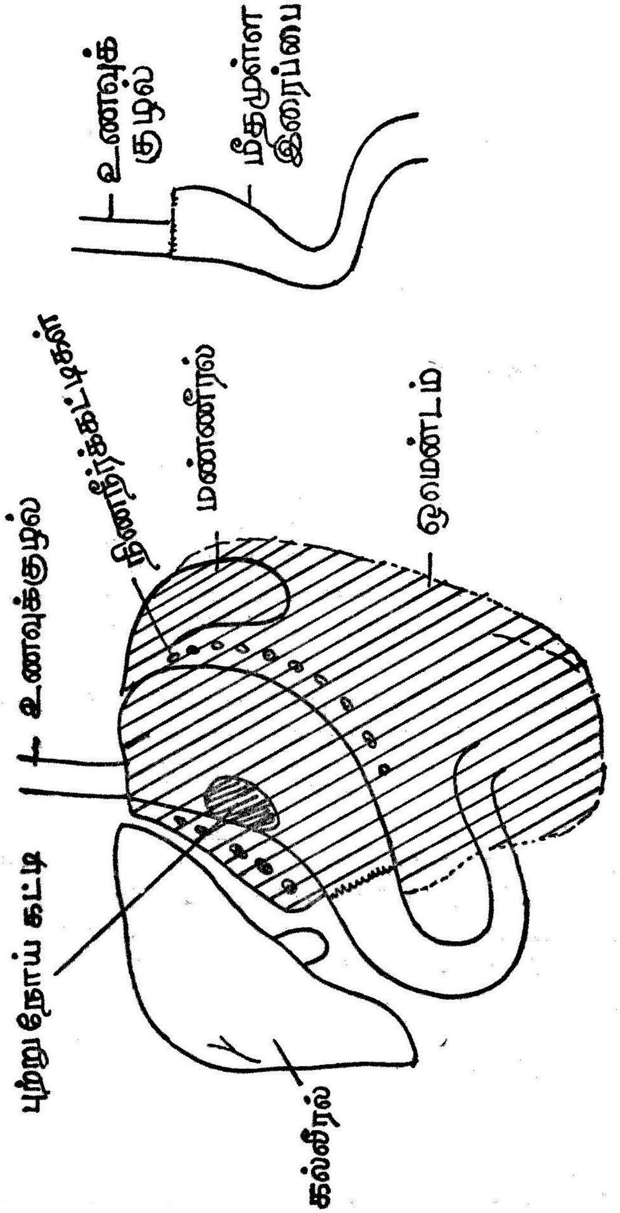
சோதனை முறைகள் : வயிற்றை அழுத்திப் பார்த்தல், கழிவாயில் விரல்விட்டு பார்த்தல், இரத்தப் பரிசோதனை, பேரியம் எக்ஸ்ரே, இரைப்பை நோக்கி மூலம் பரிசோதித்தல் ஆகியவை முக்கிய சோதனை முறைகளாகும். வயிற்றை அழுத்திப் பார்க்கும்போது நோயின் ஆரம்ப காலத்தில் எவ்வித மாறுதலும் தென்படாது. அப்படிக் கட்டி ஏதேனும் தென்பட்டால் அது நாட்பட்ட நோயாகவும் எவ்வித சிகிச்சையும் பலனளிக்காத நிலையிலும் இருக்கக்கூடும். மெலிந்த உடல் உள்ளவர்களுக்குச் சிறிய கட்டியைக்கூட எளிதில் கண்டுகொள்ளலாம். ஈரலில் கிளைக்கட்டி ஏற்பட்டு ஈரல் பெருத்திருப்பதை வயிற்றை அமுக்கிப் பார்க்கும்போது எளிதில் அறியலாம். கழிவாயில் விரல்விட்டு சோதனை செய்வதன் மூலம் சிறுநீர்ப் பைக்கும், மலக்குடலுக்கும் இடையே உள்ள பை போன்ற பகுதியில் புற்று நோய்ப் படிவங்கள் உண்டாகியிருப்பது தெரியவரும். அப்படியிருந் தால் எந்தவித சிகிச்சையும் செய்யமுடியாத முற்றிய நிலையை நோய் அடைந்துவிட்டது என்பது தெளிவாகும். சில சமயங்களில் கழுத்தின் இடப்புற அடிப்பாகத்தில் புற்று நோயினுல் பாதிக்கப்பட்டு, பெருத்த நிணநீர்க்கட்டிகள் காணப்படும்.

மேற்சொன்ன குறிகள் இருந்தாலும் இல்லாவிட்டாலும் புற்றுநோய் இருப்பதாக சந்தேகிக்கப்பட்டால் அவசியம் பேரியம் எக்ஸ்ரே எடுக்கவேண்டும். அதில் இரைப்பையில் கட்டியிருப்பது நன்கு புலப்படும். இதுவே இந் நோய் இருப்பதை சந்தேகமறத் தெளிவுபடுத்தக்கூடிய சோதனை யாகும். புற்றுநோய் மிகச்சிறிய அளவில் இருந்தால் அது சாதாரண இரைப்பைப் புண்போலவே தோற்றமளிக்கும். அத்தகையோருக்கு 'இரைப்பை நோக்கி' உதவியால் சோதனை செய்வது அவசியம். அப்படி இவ்வித சோதனை களில் ஒன்றும் புலப்படாவிட்டாலும் புற்றுநோய் இருக்கலாம் என்று சந்தேகிக்கப்பட்டால் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் வயிற்றைத் திறந்து பார்ப்பதே சிறந்ததாகும்.

இரைப்பையின் அமில அளவை அறிவது, இரைப்பையிலிருந்து எடுக்கும் நீரில் புற்றுநோய் அணுக்கள் இருப்பதை அறிவது போன்றனவும் இந் நோய் அறியக் கையாளப்படும் சோதனை முறைகளாகும். ஆனால் அவை அவ்வளவாகத் திருப்தியளிப்பதில்லை. இரைப்பைப் புற்றுநோயில் அமிலச் சுரப்பே இருக்காது என்று கருதப்பட்டது. ஆனால் அண்மைக் காலத்தில் அது உண்மையன்று என்பது சோதனைகளின் மூலம் தெளிவாகியுள்ளது. அமிலச்சுரப்பு இருப்பதால் புற்றுநோய் இருக்காது என்று சொல்லிவிட முடியாதாகையால் அந்தச் சோதனை பயனற்றதாகி விடுகிறது.

சிகிச்சை – இரைப்பைப் புற்றுநோய்க்குச் சிறந்த சிகிச்சை அறுவைச் சிகிச்சையே ஆகும். மருந்துகள், ஊடுகதிரியக்க சிகிச்சை முதலியன உண்மையான பலனை அளிக்கா. அறுவைச் சிகிச்சையின் குறிக்கோள் புற்றுநோய்ப் பகுதியை அகற்றுவதும், உணவுப்பாதையைச் சீராக்குவதும் ஆகும். சிகிச்சைக்கு வரும் நோயாளிகளில் $\frac{1}{3}$ பகுதியினரே இத்தகைய அறுவைச் சிகிச்சை செய்யக்கூடிய நிலையில் வருகிறார்கள். மற்றவர்கட்கு உணவுப்பாதையில் மாற்றுவழி அமைப்பது ஒன்றுதான் செய்யக்கூடிய சிகிச்சையாகும்.

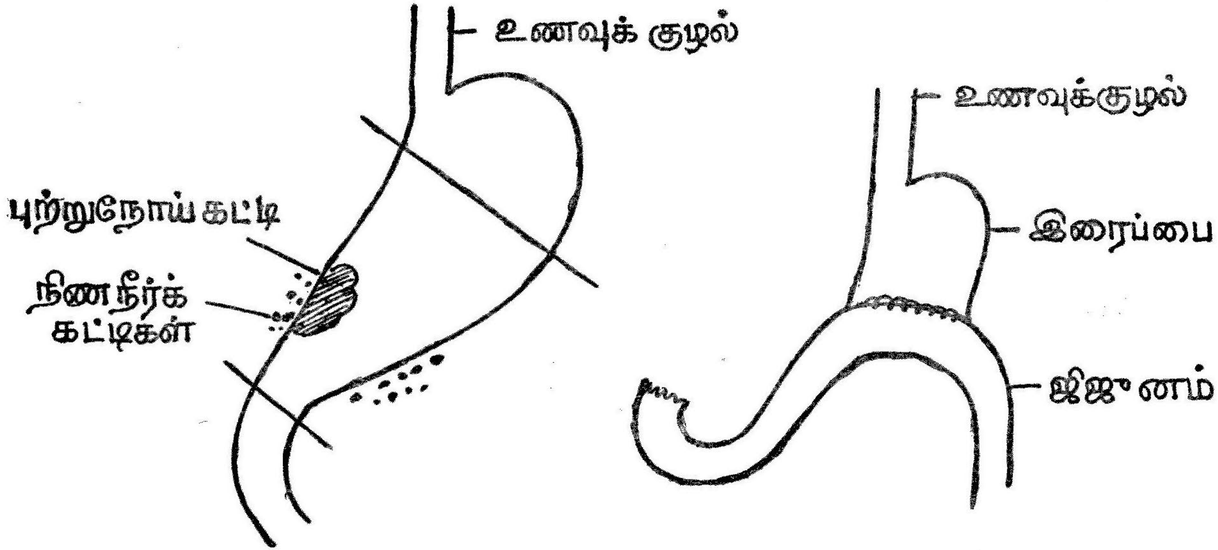
முற்றிலும் குணப்படுத்தக்கூடிய அறுவைச் சிகிச்சையாவது இரைப்பையில் புற்றுநோய் உள்ள பகுதியுடன் அதனை அடுத்துள்ள நல்ல பகுதியிலும் கொஞ்ச தூரம்வரை சேர்த்து எடுத்துவிட்டு மீதமுள்ள இரைப்பையுடன் சிறுகுடலை இணைப்பதாகும். நீக்கப்படும் இரைப்பையுடன் இணைந்துள்ள 'ஓமென்டமும்' நிணநீர்க்கட்டிகளும்கூட நீக்கப்படவேண்டும். இரைப்பையின் ஆரம்பப்பகுதியில் புற்றுநோயிருந்தால் முதல் $\frac{3}{4}$ பாகத்தை நீக்கிவிட்டு மீதமுள்ள இரைப்பையை உணவுக் குழலுடன் இணைக்கலாம். அல்லது இரைப்பை முழுவதையுமே நீக்கிவிட்டு உணவுக்குழலுடன் சிறுகுடலின் ஆரம்பப் பகுதியை (ஜிஜினத்தை) இணைக்கலாம். 'முழு இரைப்பை நீக்கம் (Total Gastrectomy) செய்வதால் அதிக உயிர்ச்சேதம் ஏற்படுவதுடன் அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பிறகு பலவித ஊறுகளும் விளைகின்றன. எனவே இரைப்பையின் பகுதியை மட்டும் நீக்குவதே சிறந்தமுறை என்று கருதப்படுகிறது. இரைப்பையின் கடைப் பகுதியில் புற்றுநோயிருந்தால் முதல் $\frac{1}{3}$ பகுதியை மட்டும் விடுத்து மீதமுள்ள இரைப்பையை நீக்கியபின் 'ஜிஜினத்'தை, எஞ்சிய இரைப்பையுடன் இணைக்கவேண்டும்.



படம் 9. இரைப்பை ஆரம்பப்பகுதி நீக்கம் (Upper radical gastrectomy)

குறுக்குக் கோடிட்ட இடங்களை—முதல் 2/3 இரைப்பைப்பகுதி, மண்ணீரல், ஓமெண்டம் மற்றும் அதனைச் சார்ந்த நிணநீர்க் கட்டிகளை நீக்கிய பின்; மீதமுள்ள இரைப்பையை உணவுக்குழலுடன் இணைக்கவேண்டும்.

அறுவைச் சிகிச்சை செய்யமுடியாத நிலை (inoperable) என்ற கீழ்க்கண்ட காரணங்களைக் கொண்டு கருதப்படு



படம் 10. இரைப்பை கடைப்பகுதி நீக்கம் (Lower radical gastrectomy)
பாதிக்கப்பட்ட கீழ் 2/3 பகுதி இரைப்பை, ஒமென்டம் மற்றும் இவைகளைச் சார்ந்த நிணநீர்க்கட்டிகளையும் நீக்கியபின் மீதமுள்ள இரைப்பையுடன் ஜிஜுனத்தை 'பால்யா' (Polya) முறையில் இணைக்கவேண்டும்.

கிறது. 1. கல்லீரல் அல்லது வயிற்றினுள் மற்ற இடங்களில் கிளைக்கட்டிகள் தோன்றுதல். 2. நோயுற்ற பகுதி அடுத்துள்ள மற்ற உறுப்புக்களுடன் கணையம், கல்லீரலின் அடிப்பாகம் மகாதமனி ஒட்டிக்கொண்டு பிரிக்கமுடியாதபடி இருத்தல். இரைப்பைக்கு வெளியே புற்று நோய் பரவியிருந்தாலும் இரைப்பையிலுள்ள முதல்கட்டி நீக்கக்கூடிய நிலையிலிருந்தால் அதனை நீக்கிவிடுவதே சிறந்ததாகும். ஏனெனில் அது நோயாளியை எதிர்க்களிப்பு, வாந்தி, புளித்த ஏப்பம் முதலிய தொந்தரவுகளிலிருந்து விடுவிக்கும். புற்றுநோய் இரைப்பைப் புறவழியை அடைத்துக் கொண்டு இருந்து அறுவைச் சிகிச்சையினால் நீக்கமுடியாமலும் இருந்தால் இரைப்பை முன்பகுதியுடன் 'ஜிஜினத்தை' இணைத்து உணவுக்கு மாற்றுவழி அமைக்கலாம். இம்முறை உடனடி நிவாரணம் அளித்தபோதிலும் நோயாளியைப் பொறுத்த வரை அவ்வளவாகப் பயனளிக்கக்கூடியது என்று கருதுவதற் கில்லை. இதில் அறுவைச் சிகிச்சை நிபுணர்களுக்குள்ளே கருத்துவேறுபாடு உண்டு.

20 சதவிகித நோயாளிகள் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து ஒரு மாதத்திற்குள்ளாகவே இறந்துவிடுகிறார்கள். இது பெரும்பாலும் அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன்பே நோயாளியின் உடல்நிலை மிகவும் கெட்டுவிடுவதால் ஏற்படுகிறது. வெற்றி கரமாக அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்டாலும் 10 சதவிகிதத் தினரே ஐந்து ஆண்டுகள் வரை உயிர் வாழ்கின்றனர். ஐந்து ஆண்டுகளுக்குப் பிறகுகூட மீதமுள்ள இரைப்பையில் திரும்பப் புற்றுநோய் ஏற்படுவதாலும் பல இடங்களில் கிளைக் கட்டிகள் தோன்றுவதாலும் இவர்கள் உயிர் இழக்கிறார்கள்.

இரைப்பைப் புற்றுநோய்க்குச் சிகிச்சையளிப்பது அவ் வளவு திருப்திகரமாக முடிவதில்லை. அதற்காகச் செய்யப்படும் சோதனைகளும், முயற்சிகளும், சிகிச்சையின் பொருட்டு நோயாளி உட்படும் அவதியும் வீணாகின்றன. மிக ஆரம்ப காலத்தில் சிகிச்சையளித்தால் ஓரளவு பயன் உண்டு. ஆனால் இந்த நோய் ஆரம்ப காலத்தில் எந்தவித நோய்க்குறிகளையும் உணர்த்தாததால் பெரும்பாலானவர்களுக்கு ஆரம்பகாலத்தில் இந் நோய் கண்டறியப்படுவதில்லை. நடுத்தர வயதினரை ஒரு குறிப்பிட்ட காலத்திற்கு ஒருமுறை பலவித சோதனைகளுக்கு உட்படுத்துவதாலேயே இது சாத்தியமாகும். ஆனால் இது நடைமுறைக்கு ஒத்துவரக்கூடியதன்று.

எந்தவித அறுவைச் சிகிச்சையும் செய்யமுடியாத நிலையி லுள்ள நோயாளிகளுக்குப் புற்றுநோய் எதிர்ப்பு மருந்துகள், ஊடுகதிரியக்கச் சிகிச்சை முதலியவற்றை உபசாந்தி முறை யாகக் கையாளலாம்.

பித்த மண்டலம்

பித்தப்பாதை வளர்ந்துவரும் கருவில் முதல்பகுதி யிலிருந்து வெளிப்புறம் நீட்டிகொண்டு வளர்ந்ததாக அமை கிறது. அப்படி உண்டாகும்போது பித்தப்பாதை, பித்தப்பை மற்றும் அதனைச் சார்ந்த இரத்த நாளங்கள் இவைகளில் பலவித மாறுதல்கள் காணப்படுகின்றன. இது அறுவைச் சிகிச்சையின்போது கவனத்தில் கொள்ளவேண்டிய ஒன்றாகும்.

பித்தநீர்–பித்தநீர் கல்லீரலின் திசுக்களிலிருந்து தொடர்ந்து சுரக்கிறது. இதில் தண்ணீர், உலோக உப்புக்கள், பித்த உப்புக்கள் (Bile salts), பித்த வண்ணங்கள் (Bile Pigments), கொலெஸ்டிரால் (Cholesterol), பாஸ்போலிப்பிட்ஸ் (Phospho lipids), கால்சியம் முதலியன அடங்கியுள்ளன. பித்த உப்புக்கள் கொழுப்புச் சத்துச் சீரணமாவதற்கும், உடலுக்குள் ஈர்க்கப் படுவதற்கும் உதவுகின்றன. உற்பத்தியாகும் பித்த உப்புக் களின் பெரும்பகுதி குடலிலிருந்து திரும்ப ஈர்க்கப்பட்டு மீண்டும் ஈரல் வழியாகப் பித்தநீரை அடைகிறது. இந்தச் சுற்றோட்டம் தொடர்ந்து நடைபெற்றுக் கொண்டிருக்கிறது.

பித்தநீர் குடலில் தேவைப்படாத போது பித்தப்பையில் சேமித்து வைக்கப்படுகிறது. இப்படிச் சேமித்துள்ள பித்த நீரிலிருந்து தண்ணீர், மற்றும் உலோக உப்புக்கள் இரத்த ஓட்டத்தினுள் ஈர்க்கப்பட்டு, பித்தநீரின் அளவு குறைந்தும், அதன் அடர்த்தி அதிகமாகவும் மாறுகிறது. இருப்பினும் அதன் ஈர்ப்புத் திறன் (Osmotic Pressure) இரத்தத்தின் ஈர்ப்புத் திறனுக்குச் சமமாகவே இருக்கிறது. தண்ணீரில் கரையாத கொலெஸ்டிரால் பித்த உப்புக்களின் உதவியால் எப்போதும் திரவ வடிவிலேயே வைக்கப்படுகிறது. பித்த வண்ணங்களும் தண்ணீரில் கரையாதவை. ஆனாலும் குளுகுரானிக் அமிலத் தின் (Glucuranic acid) சேர்க்கையால் அது நீரில் கரையும் பொருளாக மாறுகிறது.

உணவு 'டியோடினத்தை' அடையும்போது 'காலிசிஸ் டோகைனின்' (Cholicystokinin) என்னும் 'ஹார்மோன்' உற்பத்தியாகி, பித்தப்பையைச் சுருங்கச் செய்கிறது. அதனால்

பித்த நீர் உடனே பித்தப்பையை விட்டு வெளியேறி டியோடினத்தை அடைகிறது. பித்தப்பையும், பித்தநாளப் புற வழியில் உள்ள சுருங்கு தசையும் 'வேகஸ்' நரம்பால் இணைக்கப்பட்டிருப்பினும் அவைகளின் செயல்முறை அந்த நரம்பால் கட்டுப்படுத்தப்படுவதாக அமையவில்லை.

பித்தக்கற்கள் (Gallstones)

அதிக அளவில் கொழுப்புப் பொருள், இறைச்சி இவைகளைச் சாப்பிடுபவர்களுக்குப் பித்தக் கற்கள் உண்டாகின்றன. பொருளாதார வளர்ச்சி அடைந்துள்ள உணவுப்பஞ்சம் இல்லாத நாடுகளில் இது அதிகம் காணப்படுகிறது. நடுத்தர வயதுள்ள பருத்த உடலுடன்கூடிய பெண்களுக்கு இது அதிகமாக ஏற்பட்டாலும் சிலசமயங்களில் வயது, பால், உடல் பருமன் முதலியவற்றிற்குத் தொடர்பில்லாமலும் ஏற்படுவதுண்டு.

பித்தக் கற்கள் எப்போதும் பித்தப்பையிலேயே உற்பத்தியாகின்றன. ஆயினும் பித்தப்பாதையின் மற்ற இடங்களிலும் சில சமயம் அரிதாக ஏற்படுவதுண்டு.

பித்தக்கற்கள் ஏற்படுவதற்கான காரணங்கள்

1. பித்தத் தேக்கம் 2. நோய்நுண் அணுக்கள் 3. பித்த நீரில் உள்ள பொருள்களில் ஏற்படும் மாறுதல்கள்.

பித்தத்தேக்கம் – பித்தப்பாதையில் அடைப்பு ஏற்பட்டுப் பித்தம் தேங்குமாயின் பித்தக் கற்கள் உண்டாகின்றன. கருவுற்ற பெண்களின் பித்தப்பை சரியாக இயங்காமல் பித்தத் தேக்கம் ஏற்படுவதால் பல குழந்தைகளைப் பெற்ற பெண்களுக்குப் பித்தக்கற்கள் எளிதில் உண்டாக வாய்ப்புண்டு.

நோய்நுண் அணுக்கள் : பித்தப்பை மற்றும் பித்தப்பாதை நோய் நுண்ணணுக்களால் பாதிக்கப்பட்டால் கற்கள் உண்டாக வழியேற்படுகிறது. பித்தத் தேக்கம் ஏற்பட்டால் தான் இவ்வுறுப்புகள் நோய்நுண்ணணுக்களால் பாதிக்கப் படுகின்றன. எனவே இந்த இரு காரணங்களும் ஒன்றுக்கொன்று தொடர்புடையனவாக அமைகின்றன. நோய் நுண்ணணுக்களால் பித்தநீரில் பௌதீக – இரசாயன மாற்றங்கள் ஏற்பட்டு அதிலுள்ள சில பொருள்கள் உறைந்து கற்களாக மாறுகின்றன.

பித்தநீரில் உள்ள பொருள்களில் ஏற்படும் மாறுதல்கள் : பித்தநீரில் அடங்கியுள்ள பொருள்களின் அளவு, அமைப்பு

இவை மாறுபடுவதால் பித்தக் கற்கள் ஏற்படக்கூடும். கொலெஸ்டிரால் மற்ற பொருள்களின் சமநிலையால்தான் திரவமாக இருக்க முடியும். அதில் மாறுபாடு ஏற்படும்போது கொலெஸ்டிரால் உறைந்து கற்களாக மாறும். அண்மைக் கால ஆராய்ச்சியினால் ஒரு சிலருக்கு பிறவியிலேயே இருக்கக் கூடிய குறைகளினால் பித்த உறுப்புக்கள், 'பாஸ்போலிப்பிடஸ்' முதலியன குறைவாக உற்பத்தியாவதால் கொலெஸ்டிரால் திரவமாக இருக்க இயலாது போவதால் கற்கள் ஏற்படுகின்றன என்று கண்டறியப்பட்டுள்ளது. மேலும் பித்தக் கற்கள் உள்ள நோயாளிகளின் பித்தத்தில் 'கொலெஸ்டிரால்' கால்சியம் முதலியன அதிக அளவில் காணப்படுகின்றன. 'பிலிருபின்' (Bilirubin) என்னும் பித்த வண்ணம் 'குளுகுரானிடேஸ் (Glucuranidase) என்னும் என்சைமின் (Enzyme) செயலால் குளுகுரானிக் அமிலத்திலிருந்து பிரிக்கப்படுவதால் கெட்டியாகி, கற்களாக மாறுகிறது. பித்தப்பையின் உட்புறம் உள்ள ஈர அடர் படலத்தில் 'மியூகஸ்' (Mucous) அதிகமாகச் சுரப்பதால் பித்தநீரின் அடர்த்தி அதிகமாகி கற்கள் உண்டாகலாம்.

பித்தக் கற்களின் வகைகள்

1. பித்த வண்ணக்கல்
2. கொலஸ்டிரால்கல்
3. கலப்புக்கல்

பித்த வண்ணக் கற்கள்: மேற்கூறிய வகைகளில் இவ்வகை மிகக் குறைந்த அளவிலேயே ஏற்படுகிறது. இவை கறுப்பாகவும், எண்ணிக்கையில் பலவாகவும் இருக்கும். 'பிலிருபின்' அதிகமாகக் கல்லீரலை அடையும்போது இவை ஏற்படுகின்றன. பலவித நோய்களில் ஏராளமான இரத்தச் சிவப்பணுக்கள் ஒரே சமயத்தில் சிதைவதால் பிலிருபின் அதிக அளவில் கல்லீரலுக்கு வந்து சேருகிறது.

கொலஸ்டிரால் கற்கள்: இது பெரியதாகவும் எண்ணில் ஒன்றுக்கு மேற்படாமலும் இருக்கும். இந்தக் கல்லின் குறுக்கு வெட்டுத் தோற்றம் அதன் மையத்திலிருந்து சூரியனின் கதிர்கள் போல் பல கோடுகள் காணப்படும்.

கலப்புக் கற்கள்: இவ்வகை தான் மிகவும் அதிகமாகக் காணப்படுகின்றது. எண்ணிக்கையில் பலவாகவும் அளவில் மாறுபட்டும் இருக்கும். குறுக்கு வெட்டுத் தோற்றம் பல வளையங்களோடு அடுக்கடுக்காகக் காணப்படும். இதில் ஒரு அடுக்கு கொலஸ்டிராலாகவும் அடுத்த அடுக்குப் பித்த

வண்ணங்களாகவும் மாறிமாறி அமையும். இதேபோல் நிறமும் வெள்ளையும், கறுப்புமாக மாறிமாறி இருக்கும். சில சமயம் ஒரு பெரிய கொலஸ்டிரால் கல் பித்தப்பையின் முகப்பை அடைத்துக் கொண்டும் அதன்பின் பல கற்கள் பல அளவிலும் காணப்படலாம். அடைப்பினுல் பித்தம் தேங்கி அழற்சி ஏற்படுவதால் இவ்விதக் கலப்புக் கற்கள் உண்டாகின்றன. ஆனுல் சில சமயங்களில் அழற்சி இல்லா மலே இத்தகைய கற்கள் ஏற்படுவதும் உண்டு.

நோய் இயல்புகள்

பித்தப்பாதையில் ஏற்படும் அடைப்பாலும், நோய் நுண்ணணுக்களால் ஏற்படும் அழற்சியாலுமே பலவித குணம் குறிகள் உண்டாகின்றன. சிலருக்கு எந்தவித நோய்க் குறியுமின்றிப் பித்தக்கற்கள் நீண்ட நாட்கள் இருப்பதும் உண்டு. பித்தப்பையின் அழற்சி தீவிர அழற்சி, நெடுநாள் அழற்சி என இருவகைப்படும்.

பித்தப்பை தீவிர அழற்சி (Acute cholicystitis)

இதில் மேல் வயிற்றில் கடுமையான வலி தோன்றும். வலி முதலில் ஆழத்தில் தோன்றி, பிறகு மற்ற இடங்களுக்குப் பரவும். திடீரென்று ஆரம்பித்து விரைவில் தீவிரமடைந்து 2 அல்லது 3 மணி நேரம் வரை கொஞ்சமும் மாறுபடாமல் அப்படியே இருக்கும். 3 மணி நேரத்திற்குப் பிறகும்கூட சக்தி வாய்ந்த வலி நீக்கும் மருந்துகளை உபயோகித்தாலொழிய வலி குறையாது. முகம் வெளுத்தும், நாடித்துடிப்பின் வேகம் அதிகரித்தும், கைகால்கள் சில்லிட்டுப் போகும். பித்த நிறத்தில் வாந்தி ஏற்படும். கற்களாலோ, அல்லது அழற்சி யினுலோ பித்த நாளங்கள் அடைபட்டிருந்தால் காமாலையும் உண்டாகலாம். கைகளினுல் வயிற்றை அழுத்திச் சோதனை செய்யும்போது பித்தப்பைக்கு நேரே உள்ள பகுதி தசை இறுக்கத்தால் கடினமாகவும் வலியுடன் கூடியதாயும் இருக்கும். நோய் நுண்ணணுக்களால் ஏற்பட்ட அழற்சியாயின் காய்ச் சலும் இருக்கும். மிகவும் விரிவடைந்த பித்தப்பை வயிற்றின் முன் சுவரில் படுவதால் அந்த இடத்தில் போகப்போக வலி அதிகமாகவும், முதுகு, வலது தோள் முதலிய இடங் களில் உணரும் வலி (Refered Pain) யாகவும் இருக்கும்.

சிகிச்சை : பித்தப்பையில் தீவிர அழற்சி அறுவைச் சிகிச்சையின்றியே சிலருக்கு குணமாகலாம். இம்முறையில் முழு ஓய்வு, வலி நீக்கும் மருந்துகள், நோய் நுண்ணணுக்களை

அழிக்கும் மருந்துகள், வாய் வழியே எந்த உணவும் கொடுக்காமல் தேவையான திரவங்களைத் தேவையான அளவு ஊசி மூலம் சிரை வழி செலுத்துதல் முதலியவைகளைக் கையாள வேண்டும். அதே சமயத்தில் நாடித்துடிப்பு, இரத்த அழுத்தம் முதலியவைகளை அடிக்கடி சோதித்து நோய் குறைகின்றதா என்பதைக் கவனிக்க வேண்டும். நோய் குணமடைந்து எவ்வித வலியும் இல்லாதபோது அடுத்த முறை வலி வருவதற்குள் அறுவைச் சிகிச்சை செய்துவிட வேண்டும். பித்தப்பையை அகற்றுவதுதான் (Cholicystectomy) தகுந்த அறுவைச் சிகிச்சையாகும். மேற்சொன்ன சிகிச்சை முறை பயனளிக்காமல் சில சமயம் சீழ்பிடித்த பித்தப்பையில் துளை விழுந்து அழற்சி வயிறு முழுவதும் பரவக்கூடும். மருந்துகளால் குணம் ஏற்படாவிட்டால் உடனடி அறுவைச் சிகிச்சையே சிறந்தது. அப்படிச் செய்யும் அவசர அறுவை சிகிச்சையில் 'பித்தப்பையை நீக்குதல் (Cholicystectomy) பித்தப் பையை வடித்தல் (Cholicystostomy) என இரு முறைகள் உள்ளன. நோயாளியின் தாங்கும் சக்திக்கும், அறுவைச் சிகிச்சை செய்பவரின் திறமைக்கும் ஏற்ற முறையைத் தேர்ந்தெடுத்து செய்யவேண்டும்.

பித்தப்பை நெடுநாள் அழற்சி : (Chronic Cholicystitis) இந்நோயில் அடிக்கடி சீரணக் கோளாறு, மேல்வயிற்றில் ஒருவித சுகவீனம் (Discomfort) முதலியன இருக்கும். தீவிர அழற்சியில் விவரிக்கப்பட்ட நோய் இயல்புகள் அவ்வப்போது குறைந்த அளவில் உண்டாகும். நெஞ்சுஎரிவு, வயிறு உப்புசம், மேல் வயிற்றில் ஒரு சுகவீனம், கொழுப்பு நிறைந்த உணவு ஒவ்வாமை (Fat intolerance) ஆகியவை தொடர்ந்து இருந்துவரும். பித்தப்பை நாளத்தில் அடைப்பு ஏற்பட்டால் அதனுள் மியூக்கஸ் நிறையச் சுரந்து தேங்குவதால் பித்தப்பை மிகவும் விரிவடையும், (Mucocele) அடைப்பு ஏற்படுவதற்குமுன் பித்தப் பையினுள் தேங்கிய பித்தம் முழுவதும் இரத்தத்தினுள் ஈர்க்கப்பட்டு விடுவதால் சீழ்கலந்த தெளிவான மியூக்கஸ் மட்டுமே பித்தப்பையினுள் தேங்கி நிற்கும். இதற்கு 'மியூக்கோஸில்' என்று பெயர். சிலருக்கு அடுத்தடுத்து ஏற்படும் அழற்சியினுல் பித்தப்பை மிகவும் சுருங்கிச் சிறிய நார் அணுக்கட்டியாக (Fibrous Nodule) ஆகிவிடுவதும் உண்டு.

சிகிச்சை - அறுவைச் சிகிச்சை செய்து பித்தப்பையை அகற்ற வேண்டும். உணவில் கொழுப்புப் பொருள்களை நீக்குதல், உடலின் எடையைக் குறைத்தல் முதலியன செய்ய வேண்டும்.

எவ்வித நோய்க்குறியுமின்றி, பித்தப் பையில் கல் இருப்பது தற்செயலாகக் கண்டுபிடிக்கப்பட்டால் அத்தகை யோருக்கு என்ன சிகிச்சை செய்ய வேண்டும் என்பதில் கருத்து வேறுபாடு நிலவுகிறது. பொறுத்திருந்து பார்க்கலாம் என்று சிலரும் கல்லுள்ள பித்தப்பையை நீக்கியே ஆக வேண்டும் என்று சிலரும் கருதுகிருர்கள். ஆனல் அந்தந்த நோயாளியின் தனித்தன்மைகளை ஆய்ந்து செயல்படுவதே சிறந்தது.

பித்தக்கற்களை அறிய மேற்கொள்ளும் எக்ஸ்ரே முறைகள்

சாதாரண எக்ஸ்ரே – பித்தக்கற்களில் மாறுபட்ட அளவில் கால்சியம் கலந்திருப்பதால் 20 சதவிகித நோயாளிகளுக்கு இவை சாதாரண எக்ஸ்ரேயில் புலப்படும்.

வாய்வழி கோலிசிஸ்டோகிராம் – (Oral cholicystogram) அயோடின் கலந்த மாத்திரைகளை வாய்வழியாக முதல்நாள் கொடுத்தால் அவை கரைந்து குடலிலிருந்து இரத்தத்தில் கலந்து கல்லீரல் வழியாகப் பித்த நீரை அடைகிறது. பித்தப் பையில் அது மேலும் அடர்த்தியடைந்து எக்ஸ்ரே படத்தில் பித்தப்பை நன்கு தெரியும்படி செய்யும். அப்படி முழுமை யாகத் தெரியும்போது அதனுள் உள்ள கற்கள் நன்கு வெளிப்படும். இம்முறையில் பித்தப்பை அறவே தெரியா விட்டாலும் (Nonfunctioning) ஓரளவே தெரிந்தாலும் (Poorly Functioning) அதில் நோய் இருப்பதாக அறியலாம். அப்படித் தெரியாது போனல் மருந்தின் அளவை அதிகப்படுத்தி மீண்டும் முயற்சிசெய்யலாம். ஆனல் காமாலை உள்ளவர்களுக்கு இவ் விதச் சோதனைமுறை பயனளிக்காது.

சிரைவழி சோதனை – 'பிலிகிராபின்' (Biligrafin) என்னும் திரவத்தைச் சிரைவழி செலுத்தினல் இரத்த ஓட்டத்தின்மூலம் அது கல்லீரலை அடைந்து பித்த நீருடன் சேருகிறது. அதனல் பித்த நாளங்கள் முழுமையும் தெரியும். கல்லீரலின் செயல் திறன் மிகவும் குறைந்திருந்தால் இம்முறை பயன்படாது. வாய் வழி சோதனை வெற்றிகரமாக முடியாவிட்டாலும், பல காரணங்களால் அதை மேற்கொள்ளமுடியாமல் போனலும் சிரை வழி முறையை மேற்கொள்ளலாம். இந்தவித சோதனை பித்தப்பையின் அளவு, செயல்திறன், அதன் உள்ளேயுள்ள கற்கள் முதலியவற்றை அறிய அவ்வளவாகப் பயன்படா விட்டாலும் ஓரளவு உதவிகரமாக இருக்கும். இரண்டு முறை களையும் சேர்த்து எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தால் அநேகமாக எல்லாவிதப் பாதிப்புகளையும் அறிய உதவும்.

அடைப்பு வகைக் காமாலை

காரணங்கள் :

1. பித்தக்கல் அல்லது கற்களால் பொதுப் பித்த நாளத்தில் (Common bile duct) ஏற்படும் அடைப்பு.
2. கணையத்தின் தலைப்பகுதி, கல்லீரல், பித்தநாளம், ஆம்புலா ஆப் வேட்டார், (Ampulla of Vater) எனப்படும் பித்த நாளத்தின் புறவழி ஆகிய இடங்களில் ஏற்படும் புற்றுநோய்.
3. ஈரலுக்கு வெளியே உள்ள பித்த நாளங்களில் ஏற்படும் சுருக்கம்.

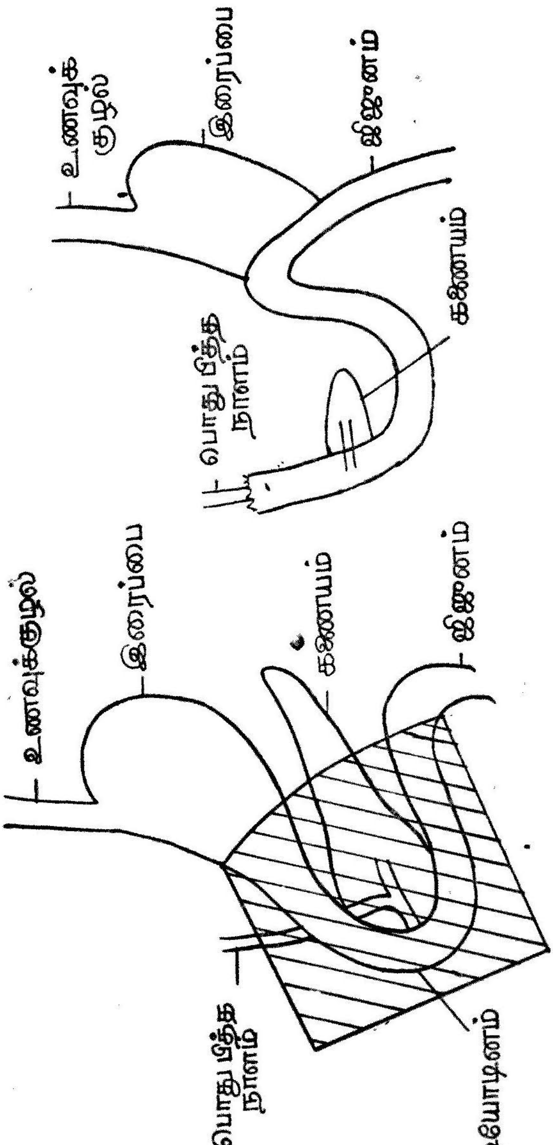
இவை யாவற்றிலும் காரணம் வேறுபடினும் நோய்க் குறிகள் ஒன்ருகவே இருக்கும். பித்தப்பையிலிருந்து நழுவி வெளியேறும் கல் அல்லது கற்களால் பொதுப் பித்த நாளம் அடைபடுவது பித்தக்கற்கள் உள்ளவர்களுக்குச் சாதாரணமாக ஏற்படும் ஒரு சிக்கல் ஆகும். இதில் அடைப்பு விட்டு விட்டும், வலியுடன் கூடியதாகவும் அவ்வப்போது மாறுபட்ட அளவில் காமாலையும் உண்டாகும். 10 சதவிகிதத்தினருக்குப் பித்தக்கல் பித்த நாளத்தின் கடைசிப்பகுதியில் தேங்கி அங்கேயே நின்று விடுவதால் காமாலை ஏற்பட்டு, குறையாமல் அதிகமாகிக் கொண்டே போகும். வலி இருக்காது. மலம் வெளுப்பாகவும் சிறுநீர் கருமஞ்சள் நிறமாகவும் இருக்கும். பித்தம் சிறுகுடலை அடையாததால் இவ்வித மாற்றங்கள் உண்டாகின்றன. பல சோதனைகள் கல்லீரல் பாதிக்கப்படவில்லை என்பதை உணர்த்தும். ஆனல் 'சீரத்தில்' 'ஆல்கலைன் பாஸ்படேஸ்' (Alkaline Phosphatase) என்னும் என்சைம் அதிகமாகியிருக்கும்.

பித்தக் கல்லினல் ஏற்படும் அடைப்பிற்கும், கணையத்தின் புற்று நோயால் ஏற்படும் அடைப்பிற்கும் வேறுபாடு எதுவும் சாதாரண சோதனைகள் மூலம் தெரியாது. கணையத்தின் புற்று நோயில் ஒரு சிலருக்கு முதுகுவலியும் வயிற்றின் மேல்பகுதியின் ஆழத்தில் வலியும் ஏற்படுவதுண்டு. ஆம்புலா பகுதியில் உண்டாகும் புற்றுநோயில் அவ்வப்போது திசுக்கள் அழிவதால் காமாலையின் அளவு அடிக்கடி மாறுபடும். பித்த நாளத்தில் சுருக்கம் பெரும்பாலும் முந்தைய அறுவைச் சிகிச்சையின் விளைவாகவே ஏற்படுகிறது. எனவே நோயாளி முன்பே ஒரு அறுவைச் சிகிச்சைக்கு உட்பட்டிருந்தால்

தற்போது ஏற்பட்டுள்ள காமாலே பித்த நாளத்தின் சுருக்கத்திஞல் ஏற்பட்டிருக்கலாம் என்று சந்தேகிக்க இடமுண்டு. அத்தகையோருக்கு பலவித சோதனைகள் செய்வதில் காலத்தையும், பணத்தையும் செலவழிக்காமல் விரைவிலேயே சிகிச்சையை மேற்கொள்வது சிறந்ததாகும்.

நோயாளியைக் கைகளினல் அழுத்தி, சோதித்துப் பார்க்கும் போது பித்தப்பை பெருத்து ஈரலுக்குக் கீழே தென்படுமாஞல் கணயத்தின் புற்று நோயால்தான் அடைப்பு ஏற்பட்டிருக்கலாம் என்பதை அறியலாம். பித்தப்பாதையில் அடைப்பு விட்டுவிட்டு ஏற்படுமாயின் காமாலே, வலி, சுரம் முதலிய குணங்களும் விட்டுவிட்டு வரலாம். அப்படி அடிக்கடி ஏற்படுமாயின் அது மிகக் கடுமையான விளைவினை ஏற்படுத்துமாதலால் உடனடியாக அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்வது நலம். சில சமயங்களில் காமாலேயின் காரணம் என்னவென்று கண்டுபிடிப்பது கடினமாகலாம். ஏனெனில் 'வைரல் ஹெப்படைடிஸ்'ல் (Viral hepatitis) சில சமயம் அடைப்பு வகைக் காமாலே உண்டாகலாம். அல்லது ஒரு சில மருந்துகளை உபயோகிப்பதால் ஈரலுக்குள் பித்தம் தேங்கிக் காமாலே ஏற்படுவதுண்டு. இவை பித்த நாளங்களின் அடைப்பினுல் ஏற்படும் காமாலேயின் குணங்குறிகளுடன் ஒத்திருப்பதால் அதைப் பிரித்தறிவது கடினமாகும். ஈரலின் செயல்திறனை அறிய உதவும் சோதனைகளை அடுத்தடுத்துச் செய்வதாலும், நோயாளியிடம் இந்த நோய்த் தன்மை பற்றித் தீர விசாரித்து அறிவதாலும் கண்டறியலாம். பித்த நாளங்களில் ஏற்படும் அடைப்பை PTC (Percutaneous Transhepatic Cholamgrogram) என்னும் எக்ஸ்ரே படம் மூலம் எளிதில் அறியலாம். இந்த சோதனையில் ஒரு தடித்த நீண்ட ஊசியை விலாப்பக்கத்தின் வழியாக ஈரலுக்குள் செலுத்தி விரிவடைந்த பித்த நாளத்திற்குள் ஊசிமுனை சென்றடையுமாறு செய்து அதன் வழியாக எக்ஸ்ரே படத்தில் தெரியக்கூடிய திரவத்தைச் செலுத்தி எக்ஸ்ரே எடுத்தால் அடைப்பு எந்த இடத்தில் உள்ளது என்பது தெளிவாகத் தெரியும்.

அடைப்பு ஈரலுக்கு வெளியே இருந்தால் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படும். 'டியோடினத்திற்கு மேலுள்ள பித்த நாளத்தைத் திறந்து அதன் வழியாக அடைத்துக் கொண்டிருக்கும் கல் அல்லது கற்களை வெளியே எடுக்கலாம். அல்லது 'டியோடினத்தின்' இரண்டாவது பாகத்தைத் திறந்து ஆம்புலா



படம் 11. (Pancreatico duodenectomy)

டியோடினம், கணையத்தின் தலைப்பகுதி, பொதுப் பித்த நாளத்தின் கடைப்பகுதி, இரைப்பையின் கடைப்பகுதி ஆகியவற்றை நீக்கியபின் எஞ்சியுள்ள பொதுப் பித்தநாளம், கணையம், இரைப்பை ஆகியவற்றை ஜிஜூனத்துடன் இணைக்கவேண்டும்.

துவாரத்தின் வழியாகவும் கற்களை நீக்கலாம். கணையத்தின் தலைப்பகுதியில் ஏற்படும் புற்று நோயை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் நீக்குவது மிகவும் கடினமாகும். ஒரு சிலருக்கே இது

சாத்தியமாகும். இதில் டியோடினம், கணையத்தின் தலைப் பகுதி, இரைப்பையின் கடைப்பகுதி பொதுப் பித்தநாளம் ஆகியவற்றை நீக்க வேண்டி வரும். நீக்கியபின் பித்தப் பாதை, கணைய நீர்ப்பாதை, இரைப்பை, சிறுகுடல் பாதை எல்லாவற்றையும் பல இணைப்புகள் மூலம் தொடர்பு ஏற்படுத்த வேண்டும். இதற்கு Pancreatico duodenectomy என்று பெயர். அவ்வித அறுவைச் சிகிச்சை செய்யமுடியாத நிலை ஏற்பட்டால் பித்தப்பையை ஜிஜூனத்துடன் இணைத்து மாற்றுவழி ஏற்படுத்துவதால் காமாலையைத் தற்காலிகமாகக் குறைக்கலாம். இதே முறை அறுவைச் சிகிச்சையை ஆம்புலா பகுதியில் உண்டாகும் புற்று நோயிலும் கடைப்பிடிக்கலாம்.

பொதுப் பித்த நாளத்தில் சுருக்கம் இருந்தால் அதனை அகற்றி மீதமுள்ள பித்த நாளத்தை மேல் சிறுகுடலுடன் இணைப்பதால் குணப்படுத்தலாம். (Cholidocho duodenostomy or Jejunostomy) பித்த நாளத்தின் மேல் பகுதியிலும், ஈரலுக் குள்ளும் சுருக்கம் இருந்தால் இதற்குரிய அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள் மிகவும் சிக்கலானதும், கடினமானதுமாகும் (Hepatico Jejunostomy or Long Meyar's Operation). மேலே கூறப்பட்ட எல்லா அறுவைச் சிகிச்சையிலும் பித்தப்பையையும் அகற்றி விடவேண்டும்.

பித்தக் கற்களால் ஏற்படும் குடல் அடைப்பு (Gall Stone Ilens)

பித்தப்பையில் உண்டாகும் பெரிய கல் சில சமயம் அதன் அழுத்தத்தின் விளைவாகப் பித்தப்பையையும் டியோடினத்தையும் துளைத்துக்கொண்டு சிறுகுடலை அடைந்து அதன் கடைப்பகுதியில் அடைப்பை உண்டாக்கலாம். சிறுகுடலில் 'இலியம்'தான் மிகக் குறைந்த குறுக் களவை உடையது. அப்படி அடைப்பு ஏற்படின் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் எளிதில் குணமாக்கலாம்.

பித்தப்பையின் புற்றுநோய் (Carcinoma of the gall bladder)

பித்தப்பையில் புற்றுநோய் ஏற்படுவது மிகவும் அரிதாகும். கற்கள் உள்ள பித்தப்பையில்தான் பெரும்பாலும் புற்றுநோய் ஏற்படுகிறது. பித்தக்கற்கள் நீண்ட நாட்கள் பித்தப்பையில் தங்கி உராய்வதாலும், கற்களிலுள்ள 'கோலிக்' அமிலத்தின் அரிப்புத்தன்மையாலும் புற்றுநோய் ஏற்படுகிறது. பித்தப்பை யில் கல் பல பேருக்கு இருந்தாலும் புற்றுநோய் ஒரு சிலருக்கே உண்டாகிறது. பெரும்பாலான புற்றுநோய் 'அடினோகார் சினோமா' (Adenocarcinoma) வகையைச் சேர்ந்ததாயினும்

சிலருக்குப் பித்தப்பையின் ஈர அடர்படலத்தில் (Mucous membrane) உள்ள அணுக்களில் ஏற்படும் மாறுதலால் 'ஸ்குவாமஸ் கார்சினோமா' (Squamous carcinoma) வும் ஏற்படலாம். இந் நோயில் பித்தப்பை உள்ள இடத்தில் வலி, கட்டி தோன்றுவதுடன் காமாலையும் உண்டாகலாம்.

பித்தப்பையில் ஏற்படும் புற்றுநோய் அருகிலுள்ள ஈரல் பித்தநாளம் இவற்றிற்கு விரைவில் பரவுவதால் அதை அறுவையால் அகற்ற முடிவதில்லை. சில சமயங்களில் பித்தப்பை, அதன் அருகில் உள்ள ஈரல் பகுதி முதலியவற்றை அகற்றுவதால் ஓரளவு தற்காலிகமாகக் குணப்படுத்தலாம்.

கணையம்

சாதாரண பரிசோதனைகளின் மூலம் கணையத்தைச் சோதித்து அறிவது அவ்வளவு எளிதன்று. பெரும்பாலும் அதில் ஏற்படும் நோய்கள் அதன் அருகிலுள்ள உறுப்புக்களின் மாறுதல்களாலேயே கண்டுபிடிக்கப்படுகிறது. உதாரணமாக, பித்தநாளத்தில் ஏற்படும் அடைப்பு, முதுகு வலி, இரைப்பை, பெருங்குடல் இவைகளில் உண்டாகும் மாறுதல்கள் இவைகளாலேயே கண்டறியப்படுகிறது.

கணையத்தின் அமைப்பு : கணையத்தில் நாளமுள்ள சுரப்பி, நாளமில்லாச் சுரப்பி என இருவகைத் திசுக்கள் உள்ளன. நாளமுள்ள சுரப்பி சீரணத்திற்கு அவசியமான நீர்களைச் சுரக்கிறது. அவை பல நாளங்களின் மூலம் பொது நாளத்தை அடைந்து பித்த நீருடன் ஆம்புலா மூலம் டியோடினத்தை அடைகிறது. சீரண நீருடன் தண்ணீர், பைகார்பொனேட் (Bicarbonate) முதலியவைகளும் சுரக்கின்றன. தினந்தோறும் 1,000 முதல் 2,000 மில்லி லிட்டர் வரை கணையநீர் சுரக்கிறது. பைகார்பொனேட் கலந்திருப்பதால் அது காரத்தன்மையை உடையது.

நாளமில்லாச் சுரப்பிகள், 'ஐலெட்ஸ் ஆப் லேங்கர் ஹான்ஸ்' (Ilets of Langerhans) என்னும் திட்டுப்பகுதிகளில் உள்ளன. இவை கணையம் முழுவதிலும் ஆங்காங்கே காணப்படுகின்றன. இவைகளிலிருந்து இன்சுலின், குளுகோகான், காஸ்ட்ரின் ஆகிய ஹார்மோன்கள் உண்டாகின்றன.

கணையத்தின் தீவிர அழற்சி (Acute Pancreatitis)

நோய் இயல் – கணையத்தில் ஒருவித வீக்கம் ஏற்படும். கருமையான நிறத்துடனும், எளிதில் சிதைந்து விடக்கூடிய

தாகவும் ஆங்காங்கே இரத்தக்கசிவுடனும் தோன்றும். பெரிட்டோனியத்தின் பின்பகுதியிலும் விக்கம் ஏற்படுவதுடன் வயிற்றினுள் சீரம் கலந்த நீர் இரத்த வண்ணத்தில் தேங்கிவிடும். முதலில் இத்தகைய நீர் பெரிட்டோனியத்தின் சிறிய பை (Lesser Sac) யில் சேர்ந்து பிறகு மற்ற பகுதிகளுக்குப் பரவலாம் அல்லது பரவாமல் அதனுள்ளேயே தேங்கி நீர்க்கட்டி (Pseudo Pancreatic cyst) யாக மாறும். வயிற்றினுள் கணையத்தின் மேல் பகுதியிலும் மற்ற இடங்களிலும் வெண்ணிறப் புள்ளிகள் தோன்றும். கணையத்திலிருந்து வெளியேறும் 'லைபேஸ்' எனப்படும் 'என்சைம்' கொழுப்பை 'கிளிசரால்', கொழுப்பு அமிலம் என இரண்டாகப் பிரிக்கிறது. கொழுப்பு அமிலங்கள் இரத்தத்திலுள்ள 'கால்சியத்துடன்' இணைந்து சோப்பாக மாறுவதால் இவ்வித வெண்புள்ளிகள் ஏற்படுகின்றன. இதனால் இரத்தத்தில் கால்சியத்தின் அளவு குறைகிறது. சில சமயம் நோய் நுண் அணுக்கள் கணையத்தைத் தாக்குவதால் அதில், சீழ் பிடிப்பதோடு பெரிட்டோனியம் முழுவதுமே பாதிக்கப் படலாம். கணையத்தை ஒட்டியுள்ள சிறுகுடல், பெருங்குடல் முதலியனவும் இவ்வித அழற்சியால் பாதிக்கப்பட்டு அதன் செயல் திறனை இழப்பதால் குடல் விரிவடைந்து வயிறு உப்புசம் ஏற்படுகிறது. சில சமயம் அதுவே கணைய அழற்சியின் ஆரம்ப அறிகுறியாகவும் தென்படுவதுண்டு. சிலருக்கு இடப்புற நெஞ்சுக்குள் நீர்ச்சுரப்பு ஏற்படுவதுண்டு. இடப்புற நுரையீரலின் கீழ்ப்பகுதியும் சில சமயம் பாதிக்கப்படுவதால் இந் நோய் அறிதலில் தவறு ஏற்படுவதும் உண்டு. இன்சுலின் சுரப்பு இந் நோயில் தடைப்படுவதால் தற்காலிகமாகச் சிறுநீரில் சர்க்கரை வெளிப்படும். இவ்விளைவுகள் யாவும் கணையத்தின் பலவித என்சைம்கள் அதிலிருந்து வெளியேறுவதால் ஏற்படுகின்றன. குறிப்பாக 'ட்ரிப்சின்' (Trypsin) என்னும், புரதத்தைச் சிதைக்கும் என்சைம் பலவிதத் திசுக்களில் மாற்றம் ஏற்படுத்துவதாலேயே பெரும்பாலான நோய்க் குறிகள் உண்டாகின்றன. சில சமயம் இரத்தத்தின் மொத்த அளவில் 20 முதல் 30 சதவிகிதம் வரை இரத்த நாளங்களிலிருந்து வெளியேறி, பல இடங்களில் தேங்குவதால் பெரிட்டோனியத்தின் உள்பகுதி, பின்பகுதி முதலிய இடங்களில் நீர் சேர்ந்து வீக்கம் ஏற்படுகிறது. 'ட்ரிப்சின்' இரத்தத் தந்துகிகளைச் சிதைப்பதால் இரத்தம் வெளியேறுகிறது. அப்படி வெளியேறிய இரத்தத்தையும் ட்ரிப்சின் தாக்குவதால் நிற மாறுதலும் 'மெத்ஹீமால்புமின்' (Methaemalbuminaemia) என்னும் பொருளும் சீரத்தில் உண்டாகின்றன.

கணையத்தின் தீவிர அழற்சியில் நோயாளிக்கு 'ஷாக்' (Shock) ஏற்படுகிறது. இதற்கான காரணங்கள் பலவாகும். அவை : 1. இரத்த ஓட்டத்தில் நீர்ச் சத்துக் குறைதல் 2. இரத்த நாளங்களை விரிவடையச் செய்யும் தன்மையுள்ள பலவித 'கைனின்கள்' (Kinins) 'ட்ரிப்சினின்' செய்கையால் உண்டாகி இரத்தத்தில் கலப்பது ஆகும். மிகக் கடுமையான 'ஷாக்' இந் நோயின் ஆரம்ப காலத்திலேயே ஏற்படுமாயின் அந் நோயாளி பிழைப்பது அரிதாகி விடுகிறது.

நோய்க் காரணங்கள் : பொதுவாக, கணையத்தின் அழற்சிக்கான சரியான காரணம் இதுவரை அறியப்படவில்லை. எனினும் கீழ்க்கண்ட காரணங்களால் உண்டாகலாம் என்று நம்பப்படுகிறது.

(1) பித்தநீர் கணைய நாளத்தில் எதிர்த்துச் செல்வதால் கணையத்தில் சுரக்கும் 'என்சைம்'கள் பித்த நீரால் தூண்டப்பட்டு இத்தகைய விளைவுகளை ஏற்படுத்துகிறது. பித்தநீர், கணையநீர் இரண்டும் சேர்ந்து ஒரே துவாரத்தின் வழியாகச் சிறுகுடலை அடைவதால் இந்தப் புறவழியில் ஏதேனும் அடைப்பு ஏற்படின் அதுவே காரணமாகி விடுகிறது. பித்தக் கல்தான் பெரும்பாலும் இவ்வித அடைப்பை ஏற்படுத்துகிறது. பித்தநீர் கணையத்திற்குள் செல்வதால் அழற்சி ஏற்படுகிறது என்பதை முழுவதும் நம்புவதற்கில்லை. ஏனெனில் கணைய அழற்சி உள்ள சிலருக்குப் பித்த நீரும், கணையநீரும் தனித் தனி நாளங்கள் வழியே 'டியோடின'த்தை அடைவதையும் கண்டுள்ளார்கள். ஆனால் ஒரு சில சோதனைகள் மூலம் பித்த நீர் கணைய நாளத்தில் எதிர்த்துச் செல்வதால் அழற்சி உண்டாகலாம் என்றும் நிரூபிக்கப்பட்டுள்ளது.

(2) டியோடினத்தில் சுரக்கும் சீரண நீர் கணைய நாளத்தில் எதிர்த்து செல்வதாலும் அழற்சி ஏற்படும். 'டியோடினத்'தில் சுரக்கும் 'என்டிரோகைனேஸ்' (Enterokinase) என்னும் என்சைம் கணைய நீரில் உள்ள என்சைம்களைத் தூண்டுவதால் இவ்வித மாற்றங்கள் உண்டாகலாம். பித்தக்கற்கள் உள்ளவர்களுக்குப் பித்த நாளத்தின் புறவழியில் உள்ள சுருங்குதசை (Sphincter of Odi) மூடிக்கொள்ளாமல் எப்போதும் திறந்தே இருப்பதால் இத்தகைய எதிரோட்டம் ஏற்படுகிறது. மேலும், டியோடினத்தின் உள் அழுத்தம் அதிகப்படும்போதெல்லாம் 'டியோடினத்'தின் சீரண நீர் எதிர்சென்று அழற்சி உண்டாக்கக் கூடும்.

(3) கணையநாளத்தில் அடைப்பு ஏற்படுவதாலும் அழற்சி உண்டாகலாம்.

(4) கணையத்திற்குச் செல்லும் இரத்த நாளங்களில் அடைப்பு ஏற்பட்டாலும் கணையத்தில் அழற்சி உண்டாகலாம்.

கணைய அழற்சியில் உடன் காணப்படும் பாதிப்புகள்: மேல் நாடுகளில் 55 முதல் 60 சதவிகிதத்தினருக்குக் கணைய அழற்சியுடன் பித்தக் கற்களும் கூடவே காணப்படும். அதனாலேயே பெண்களுக்கு இது அதிக அளவில் உண்டாகிறது. மீதமுள்ள 40 முதல் 45 சதவிகிதத்தினருக்குச் சரியான காரணம் தெரிவதில்லை. இருப்பினும் சிறுகுடல் புண், பித்த நாளத்தின் புறவழி அடைப்பு, அதிக அளவில் மது அருந்துதல் முதலியனவும் சில சமயம் இருக்கக்கூடும்.

மம்ஸ் (Mumps) என்னும் உமிழ்நீர்ச் சுரப்பியில் உண்டாகும் நோயிலும், தொத்து வகைக் காமாலையிலும் கணையத்தின் அழற்சி உடன் காணப்படுகிறது. கணையத்தில் நேரடியாக அடிபட்டாலும் அல்லது பலவித அறுவைச் சிகிச்சையின் போது கணையம் பாதிக்கப்பட்டாலும் அழற்சி ஏற்படலாம்.

பேராதைராய்டு என்னும் நாளமில்லாச் சுரப்பியில் ஏற்படும் கட்டியினாலும் கணையத்தில் அழற்சி உண்டாகலாம். ஏனெனில் அத்தகைய நோயாளிகளுக்குக் கணைய நாளத்தில் கற்கள் உண்டாக ஏதுவுண்டு.

நோய்க் குணங்குறிகள்: வயிற்று வலி திடீரென்று ஆரம்பித்து மிகக் கடுமையானதாகவும், தொடர்ந்தாற்போலும் இருக்கும். வலி வயிறு முழுவதும் இருப்பதாகத் தோன்றினாலும் மேல் வயிற்றில்தான் அதிகமாக உணரப்படும். நடு முதுகிலும் வலி தோன்றலாம். இரத்தமும், என்சைம்களும் பெரிட்டோனியத்திற்குப் பின்னால் தேங்குவதால் முதுகு வலி உண்டாகிறது. வலி ஏற்பட்ட பிறகு குமட்டலும், வாந்தியும் உண்டாகும். வாந்தியில் பித்தம் கலந்த நீர் வெளியேறும்.

மிகக் கடுமையான கணைய அழற்சியில் அதிகவலி, இதயத் துடிப்பு அதிகரித்தல், இரத்த அழுத்தம் குறைதல், கை கால்கள் சில்லிட்டு வியர்வை விடுதல் முதலியன இருக்கும். சிலருக்கு உதடும் நகமும் நீலமாக மாறுவதும் உண்டு. இவை யாவும் நோயாளிக்குக் கடுமையான 'ஷாக்' ஏற்பட்டிருக்கிறது என்பதை உணர்த்துகிறது. சில சமயம் அதிகக் காய்ச்சல்

இருப்பதும் உண்டு. நுரையீரலின் கீழ்ப்பகுதி பாதிக்கப்பட்டு நெஞ்சினுள் நீர்ச்சுரப்பு உண்டாகலாம். சில நாட்களுக்குப் பிறகு இரத்த நாளங்களிலிருந்து வெளியேறும் இரத்தத்தால் வயிற்றின் இருபுறமும் தொப்புளைச் சுற்றியும் கன்றியது போல் நிறமாற்றம் ஏற்படலாம். நோயாளியைச் சோதிக்கும்போது ஆரம்ப காலத்தில் மேல் வயிற்றில் அழுத்தும்போது வலி ஏற்படுவது மட்டும் இருக்கும். பிறகு பெரிட்டோனியம் பாதிக்கப் படுவதால் வயிறு அழுத்தமாகவும், உப்புசமாகவும் காணப் படும். சில நாட்களுக்குப்பின் கணையத்தின் தலைப்பகுதியில் உண்டாகும் வீக்கத்தால் காமாலை ஏற்படலாம். பெரிட்டோனியத்தின் 'சிறிய பை' (Lesser Sac) என்னும் பகுதியில் கணையத்திலிருந்து வெளியேறும் நீர் தேங்கி ஒரு கட்டிபோல் தோன்றும். இதற்கு 'சூடோசிஸ்ட்' (Pseudocyst) என்று பெயர். அத்தகைய கட்டியில் நோய் நுண் அணுக்கள் புகுவதால் சீழ்பிடித்து, அது சீழ்க்கட்டியாக மாறுவதும் உண்டு. அப்போது நோயாளிக்குக் காய்ச்சல் இருக்கும். கணையத்திலுள்ள ஐலெட் பகுதிகள் அவ்வளவாகப் பாதிக்கப்படுவதில்லையாதலால் நீரிழிவு நோய் மிகச் சிலருக்கே உண்டாகிறது.

நோய் அறிதல்: கணையத்தின் தீவிர அழற்சியைக் கண்டறிவது எளிதன்று. ஏனெனில் அதன் குணங்குறிகள் இதயநோய், குடற் புண்ணில் துளை விழுதல், பித்தப்பை கல்லினால் உண்டாகும் வலி இவைகளோடு ஒத்திருக்கும். சில சமயம் குடல் அடைப்பு, குடலுக்குச் செல்லும் இரத்த நாளங்களில் ஏற்படும் அடைப்பு, பெருந்தமனி சுவரில் உண்டாகும் பிளவு (Disecting aneurysm) ஆகியவையும் கூட இந் நோயின் குணங்குறிகளை ஒத்திருக்கும்.

சோதனை முறைகள்

1. சீரம் அமைலேஸ் (Serum amylase): கணையத்தின் அழற்சியில் சீரம் அமைலேஸ் மிகவும் அதிகமாக இருக்கும். அழற்சி ஏற்பட்டு ஒரு மணி நேரத்திற்குள்ளாகவே அதிகரிக்க ஆரம்பித்து 24 மணி நேரத்திற்குள் அதிக அளவை அடைந்து 72 மணி வரை அதிக அளவிலேயே இருக்கும். சாதாரணமாக, சீரத்தில் அமைலேசின் அதிக பட்ச அளவு 150 யூனிட்டுகள் தான். ஆனால், கணையத்தின் அழற்சியில் 1,000 யூனிட்டுக்கு மேலும் இருக்கும். சிறுகுடல் புண்ணில் துளைவிழுதல், பித்தப்பை அழற்சி, குடல் அடைப்பு முதலியவைகளிலும்

சீரம் அமைலேஸ் அதிகரித்தாலும் இந்த அளவுக்கு அதிக மாகாது. 72 மணி நேரத்திற்குப் பிறகு சோதிக்க நேரிட்டால் சிறுநீரில் அமைலேஸ் அளவைச் சோதித்து அது அதிகரிப் பதை அறியலாம்.

2. எக்ஸ்ரே – ஆரம்ப காலத்தில் நோயாளியை நிற்க வைத்து வயிற்றுப் பகுதியைப் படம் எடுத்தால் குடற்புண்ணில் துளைவிழுதல் போன்ற மற்ற நோய்கள் இல்லை என்பதை அறிய லாம். மேலும் பித்தப்பை, பித்த நாளம் இவைகளில் கல் இருந்தாலும் தெரியவரும். சிறிது காலந்தாழ்த்திப் படம் எடுத் தால் 'பெராலிட்டிக் இலியஸ்' இருப்பதைக் (Paralytic Ileus) குடலில் சேர்ந்துள்ள காற்று, பல இடங்களில் தென்படும் நீர் மட்டம் இவைகளின் மூலம் அறியலாம். ஆரம்ப காலத்தில் கணையத்தை ஒட்டியுள்ள ஜிஜுனப் பகுதி விரிவடைந்து காற்று நிரம்பித் தனியே தென்படும். இதற்கு 'சென்டினல் லூப் சைன்' (Sentinal Loop' Sign) என்று பெயர். சில சமயம் பெருங் குடலின் குறுக்குப் பகுதி இரு கோடியிலும் காற்று நிரம்பியும், நடுவில் தேய்க்கப்பட்ட கண்ணுடி போன்றும் காணப்படும். இதற்கு 'கட் ஆப் சைன்' (Cut off Sign) என்று பெயர். பேரியம் கொடுத்து, பல கோணங்களில் எடுக்கப்படும் படங்கள் சூடோசிஸ்ட் இருப்பதை உணர்த்தும்.

3. சீரத்தில் 'பிலிரூபின்', 'ஆல்கலைன் பாஸ்படேஸ்' இரண்டும் சிறிது அதிகரித்திருக்கும்.

4. சீரம் 'கால்சியம்' குறையும்.

5. சீரத்தில் 'மெத்ஹீமால்புமின்' காணப்படும்.

6. E.C.G. எடுத்தால் S-T இடைவெளி தாழ்ந்தும் T அலை தலைகீழாகவும் காணப்படும். இதனுல் சில சமயம் நோய் அறிதலில் தவறு ஏற்படுவதும் உண்டு. இந்த சமயத்தில் சீரம் அமைலேஸ் ஒன்றுதான் மிக உதவியாக இருக்கும்.

சிகிச்சை: இந் நோயை முடிவாகக் கண்டறிந்தால் மருந்து கள் மூலமே சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். சந்தேகம் ஏற்படின் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் தெளிவு பெறுவது அவசியமாகும். அறுவைச் சிகிச்சையின்போது பித்த நாளத்தில் அடைப்பு இருப்பின் அதற்குத்தகுந்த சிகிச்சை முறையைக் கையாளுவதே சிறந்ததாகும். அப்படி எவ்வித மற்றப் பாதிப்பும் தென்படா விட்டால் எதுவும் செய்யாமல் வயிற்றை மூடிவிட்டு மருந்துகள் மூலம் சிகிச்சையைத் தொடர்வதே சரியான முறையாகும்.

சிகிச்சையின் முக்கியமான பகுதி வலியை நீக்குவதாகும். பெத்திடின் (Pethidine) 100 மில்லிகிராம் ஊசிமூலம் கொடுக்க வேண்டும். அத்துடன் பித்த நாளத்தின் புறவழியில் உள்ள சுருங்கு தசை பாதிக்கப்படாமல் இருக்க 0·6 மில்லிகிராம் 'அட்ரோபின் சல்பேட்'டும் (Atrophine Sulphate) கொடுக்க வேண்டும். வாய் வழியாக எந்தவித உணவும் கொடுக்கக் கூடாது. 'ரயில்ஸ்' குழாய் மூலம் அவ்வப்போது சுரக்கும் இரைப்பை நீரையும் வெளியே எடுத்துவிட வேண்டும். ஏனெனில் சிறுகுடலுள் உணவோ, இரைப்பை நீரோ சென்றால் கணையம் தூண்டப்பட்டு இந் நோய் தீவிரமடையக்கூடும். சிரை வழியே அவ்வப்போது தேவையான திரவங்களைத் தேவையான அளவுக்குக் கொடுக்க வேண்டும். 'ஷாக்' ஏற்பட்டால் இரத்தம் செலுத்த வேண்டிய அவசியம் ஏற்படும். போதுமான அளவு சிறுநீர் வெளியேறுகிறதா என்பதையும் அவ்வப்போது கவனித்து வரவேண்டும். 'ஆம்பிசியின்' போன்ற நோய் நுண் அணுக்களை அழிக்கக்கூடிய மருந்துகளையும் கொடுத்து வரவேண்டும். கால்சியம் குறையுமாதலால் தினந்தோறும் 'கால்சியம் குளுகோனேட்'டை ஊசி மூலம் கொடுத்து வரவேண்டும். சிறுநீரில் சர்க்கரைச் சத்து வெளியேறுமாயின் இன்சுலினும் தேவைப்படலாம்.

சில சமயம் இந் நோயால் உண்டாகும் விளைவுகளுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படலாம். அடைப்பு வகைக் காமாலை ஏற்படின் அறுவைச்சிகிச்சைமூலம் அதன் காரணத்தை அறிந்து அகற்ற வேண்டும். 'சூடோசிஸ்ட்' ஏற்பட்டு, தானாகக் குறையாவிட்டால் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொண்டு இரைப்பை, சிறுகுடல் முதலியவற்றோடு அதனை இணைத்து வடிக்க வேண்டும்.

மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் கணையத்தின் தீவிர அழற்சி (Recurrent acute Pancreatitis): முதல் முறை ஏற்பட்ட அழற்சி குணமான பிறகு சில மாதங்கள் கழித்தோ, அல்லது சில வருடங்கள் கழித்தோ மீண்டும் அத்தகைய அழற்சி ஏற்படக் கூடும். எனவே, முதல் முறை பாதிப்பிலிருந்து குணமடைந்த பிறகு தேவையான சோதனைகளைச் செய்து மீண்டும் அழற்சி ஏற்படுவதைத் தடுக்க முயலவேண்டும். பித்தப்பாதையில் ஏதாவது கோளாறு இருந்தால் அதைச் சரிசெய்ய வேண்டும். அதிகமாக மது அருந்துவதாலும், பேராதைராய்டு சுரப்பி தேவைக்கு அதிகமாக வேலை செய்வதாலும்கூட மறுமுறை அழற்சி ஏற்படுவதுண்டு. சிலருக்குத் தகுந்த காரணம் இன்றியே திரும்பத் திரும்ப அழற்சி ஏற்படலாம்.

மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் கணையத்தின் அழற்சிக்கு உரிய சிகிச்சை முதல் முறை செய்யப்படும் சிகிச்சையினின்று எவ்வகையிலும் மாறுபடுவதில்லை.

கணையத்தின் நெடுநாள் அழற்சி (Chronic Pancreatitis)

இதில் பலருக்கு வலி எதுவும் இருப்பதில்லை. சிலருக்கு வயிற்றின் மேல்புறத்திலும் முதுகுப் பக்கத்திலும் அடிக்கடி வலி இருந்து கொண்டிருக்கும். இந் நோயில் கணையம் முழுவதும் பாதிக்கப்பட்டு நாளமில்லாச் சுரப்பி, நாளமுள்ள சுரப்பி இவைகளின் செயல்திறன் குறைவதால் ஏற்படும் விளைவுகளே இந் நோயின் முக்கிய குணங்குறிகளாகும். சில சமயம் அடைப்பு வகைக் காமாலையும் ஏற்படுவதுண்டு.

நோய் இயல்: கணையம் மிகவும் சுருங்கி நார்த்திசுக்கள் (Fibrous Tissue) மிகுந்து காணப்படும். கொழுப்புப் பொருள் சரியாகச் சீரணிக்கப்படாமல் மலத்துடன் கழிவதால் உடல் எடைக்குறைவு ஏற்படும். சிலருக்கு நீரிழிவு நோய் உண்டாகலாம். வலி இல்லாமல் இருப்பதால் நீண்ட நாட்கள் வரை இந் நோய் இருப்பது அறியப்படாமலே போகலாம். நார்த்திசுக்களின் இறுக்கத்தால் பித்த நாளத்தின் புறவழி அடைபட்டுக் காமாலை உண்டாகிறது. இதைக் கணையத்தின் தலைப் பகுதிப் புற்றுநோயில் ஏற்படும் காமாலையினின்று பிரித்தறிவது மிகவும் கடினமாகும்.

கணையத்தின் நீண்டநாள் அழற்சிக்கான காரணங்கள் எதுவும் இதுவரை சரிவர அறியப்படவில்லை. ஆயினும், அதிக அளவில் மதுப்பழக்கம் உள்ளவர்களுக்கு ஏற்படுகிறது என்று நம்பப்படுகிறது. உணவில் புரதச்சத்துக் குறைவதாலும், ஒரு சில 'வைரஸ்' அணுக்களால் ஏற்படும் அழற்சியினாலும் உண்டாகலாம். 'தானியங்கித் தடுப்புப் பொருள்களும் (Anto Immune Bodies) ஒரு காரணமாகலாம் என்பது ஒரு சிலரின் கருத்து.

நோய் அறிதல்: சீரம் அமைலேஸ் அதிகமாக இருக்கும். மேல் வயிற்றில் வலி உள்ளவர்களுக்குப் பித்தக்கற்கள் இருப்பதும் உண்டு. சீரத்தில் கால்சியம், இன்ஆர்கானிக் பாஸ்பேட், புரதம் இவைகளைச் சோதித்தறிவதின் மூலம் பேராதைராய்டு அளவுக்கதிகமாக வேலை செய்வதை அறியலாம். காமாலை இருப்பின் அதன் காரணத்தைக் கண்டறியப் பல சோதனைகள் தேவைப்படலாம்.

காமாலை இல்லாத நெடுநாள் அழற்சியில் கீழ்க்கண்ட சோதனைகளைச் செய்ய வேண்டும்.

1. வயிற்றுப் பகுதியை எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தல். இதில் கணையத்தில் கற்கள் இருப்பது தெரியவரும். இது கணையம் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதைக் குறிக்கும்.

2. **G. T. T.** போன்ற சோதனைகள் செய்து நீரிழிவு நோய் இருப்பதை அறியலாம்.

3. கொழுப்புப் பொருள் சீரணிக்கப்படாமல் மலத்துடன் கழிவதை அறியும் சோதனைகள் செய்யவேண்டும்.

4. கல்லீரலின் செயல்திறனை அறியும் சோதனைகளையும் செய்வது நல்லது.

பெரும்பாலான நோயாளிகளில் அவரது வாய்மொழியாக அறியப்படும் நோய்க்குணங்களும் மேற்சொன்ன சோதனைகளுமே இந் நோயை அறியப் போதுமானவையாகும். சில சமயம் கணையத்தின் செயல்திறனை அறியக்கூடிய சில சோதனைகளை மேற்கொள்ள வேண்டிய அவசியம் உண்டாகலாம்.

அவையாவன :

செக்ரிடின் டெஸ்ட் (Secretin Test) இந்தச் சோதனையில் இரு வழியுள்ள ஒரு இரப்பர்க் குழாயை டியோடினம் வரை செலுத்த வேண்டும். இதன் மூலம் ஒரே சமயத்தில் இரைப்பை நீர், சிறுகுடல் நீர் இரண்டையும் தனித்தனியே எடுக்க முடியும். இக் குழாயைச் சரியான இடத்திற்குள் செலுத்திய பிறகு உடல் எடைக்குத் தக்கவாறு செக்ரிடினைச் சிரை வழியாக ஊசிமூலம் கொடுக்கவேண்டும். அடுத்த 80 நிமிடங்கள் வரை டியோடினத்தில் உள்ள நீரை உறிஞ்சி எடுத்து அதில் மொத்த அளவையும், பைகார்பொனேட் அளவையும் கணக்கிட வேண்டும். கணையம் பாதிக்கப் பட்டிருந்தால் இந்த அளவுகள் குறையும்.

டியோடினத்திலிருந்து எடுக்கப்படும் நீரில் புற்றுநோய் அணுக்கள் உள்ளனவா என்று அறியலாம்.

'ஸ்கானிங்' (Scaning) கணையம் பலவித என்சைம்களைத் தயாரிப்பதற்காக இரத்தத்திலிருந்து 'அமினோ அமிலங்'களை **(Amino acids)** எடுத்துக் கொள்கிறது. கதிரியக்கச் சக்தியுள்ள செலனோ மெத்தியோனின் **(Selano-methionine)** என்னும் பொருளை ஊசிமூலம் செலுத்தினால் அது கணையத்தை அடைந்து கதிர் இயக்கத்தை உண்டாக்குகிறது. அத்தகைய கதிரியக்கத்தை அளந்தறிவதால் கணையத்தின் செய்திறனை

அறிய முடியும். நெடுநாள் அழற்சியில் கதிரியக்கம் மிகவும் குறைந்திருக்கும்.

சிகிச்சை : நெடுநாள் கணைய அழற்சியில் உண்டாகும் வலி, மது அருந்துவதால் அதிகமாவதால் மதுப் பழக்கத்தை அடியோடு நிறுத்த வேண்டும். அதிக அளவு உணவு அருந்துவதைத் தவிர்க்கவேண்டும். சீரணக் குறைவைப் போக்கப் போதிய அளவு கணையத்தின் என்சைம்கள் அடங்கிய மருந்துகளைச் சாப்பிட வேண்டும். நீரிழிவு நோய் இருந்தால் அதற்கு உரிய சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

இந் நோயில் அறுவைச் சிகிச்சை அநேகமாகத் தேவைப் படாது. நீர்க்கட்டியோ, அல்லது சீழ்க்கட்டியோ ஏற்பட்டால் அறுவைச் சிகிச்சை செய்ய வேண்டும். பித்தநீர் சரியாக வடியாமல் தேங்குமாயின் பித்த நாளப் புறவழியில் உள்ள (Sphincter) துண்டித்து (Sphincterotomy) சரி செய்யலாம். கணையநீர்த் தேக்கம் இருந்தால் அதன் வால்புறமாக ஜிஜூனத்திற்குள் எளிதில் வடியுமாறு மாற்றுவழி அமைக்க லாம். இருப்பினும் கணையத்தை அறவே நீக்குவது (Total Pancreatectomy) ஒன்றுதான் இந் நோய்க்கு முழுமையான சிகிச்சையாகும். இம் முறையில் பல சிக்கல்களும், உயிர்ச் சேதமும் ஏற்படுவதுண்டு. அறுவைச் சிகிச்சையின்போது கணையத்தின் நெடுநாள் அழற்சிக்கும், புற்று நோய்க்கும் வேறுபாடு அறிவது கடினமாகும். அதற்காக அதன் திசுக் களை எடுத்துச் சோதித்தாலும் அவ்வளவு உபயோகமாக இராது. சில சமயம் நெடுநாள் அழற்சியுடன் புற்றுநோயும் சேர்ந்தே இருப்பதும் உண்டு.

கணையத்தின் புற்றுநோய்

கணையத்தில் ஏற்படும் புற்றுநோய் அதன் சுரப்பி அணுக் களிலிருந்தோ அல்லது நாளங்களின் உட்புறம் உள்ள அணுக் களிலிருந்தோ தோன்றுகிறது. இது 'அடினோ கார்சினோமா' (Adenocarcinoma) ஆகும். சில சமயம் சிறு சிறு நீர்க்கட்டிகளும் அதனுள் தோன்றுவதால் 'சிஸ்ட்அடினோ கார்சினோமா' (Cyst-adenocarcinoma) என்று அழைக்கப்படுகிறது. பெண்களைவிட ஆண்களுக்கு அதிகமாகவும் 50 முதல் 70 வயது வரை உள்ளவர் களுக்கும் இந் நோய் தோன்றும். இரைப்பைக் குடல் பகுதி களில் ஏற்படும் புற்றுநோய்களில் கணையத்தின் புற்றுநோய் மிகக் குறைந்த சதவிகிதமே. இது பெரும்பாலும் மிகவும் முற்றிய நிலையிலேயே கண்டுபிடிக்கப்படுவதால் முற்றிலும் குணப்படுத்துவது முடியாத ஒன்றாகும்.

கணையத்தின் தலைப்பகுதியிலோ அல்லது உடல் பகுதியிலோ புற்றுநோய் வரலாம். தலைப்பகுதிப் புற்றுநோய் பொதுப் பித்த நாளத்தில் அடைப்பை விரைவில் உண்டாக்குவதால் காமாலை ஏற்படுகிறது. குறிப்பாக வயதானவர்களுக்கு வலியின்றிக் காமாலை ஏற்பட்டால் இந் நோய் இருக்கக்கூடும் என்று ஊகிக்கலாம். மற்ற வழிகளில் இந்த நோய் வெளிப்படுவதற்குச் சில காலமாகும். அருகிலுள்ள மற்ற உறுப்புகளைப் பாதிக்கும் போதுதான் பெரும்பாலும் தெரியவருகிறது. சிலருக்கு இரத்தத்தின் மூலம் அல்லது நிணநீர்மூலம் உடலின் மற்றப் பகுதிக்குப் பரவுவதாலும் தெரியவரும்.

வயிற்றில் தெரியக்கூடிய குறிகள்–கல்லீரல் வீக்கம், வயிற்றில் நீர் சேருதல், தொப்புளைச் சுற்றித் தோலுக்கடியில் சிறுகட்டிகள் ஏற்படுதல் முதலியவைகளாகும். இதைத்தவிர விவரிக்க இயலாத உடல் எடைக்குறைவு, சீரணக்கோளாறு, வயிற்றின் மேல்புறம் வலி ஆகியன இருக்கும். இந்த வலி முதுகுப்புறமும் இருக்கும். ஆனல் சிறிது முன்புறம் சாய்ந்து உட்கார்ந்தால் குறையும். குடலைப் பார்த்திருந்தால் மலத்துடன் இரத்தம் கழியும். கொழுப்புப்பொருள் சீரணிக்கப்படாததால் அடிக்கடி பேதி உண்டாகும். இவையன்றி நீரிழிவு நோய், காலின் சிரைகளில் அவ்வப்போது ஏற்படும் இரத்த உறைவு, காய்ச்சல், வயிற்றின் தோற்றத்தில் மாறுபாடு, நிணநீர்க் கட்டிகளின் பெருக்கம் முதலியனவும் இருக்கக்கூடும்.

அடைப்பு வகைக் காமாலை ஏற்பட்டு, தொடர்ந்து அதிகமாகிக் கொண்டே போனல் இந் நோயை எளிதில் அறியலாம். எனவே, அடைப்பு வகைக் காமாலைக்கான சோதனைகளைச் செய்ய வேண்டும். காமாலை இன்றி மற்றக் குணங்குறிகள் மட்டும் இருந்தால் பலவிதச் சோதனைகள் தேவைப்படும். 'பேரியம் மீல்' (Barium meal) எக்ஸ்ரே எடுத்தால் டியோடினத்தின் வளைவுப்பகுதி விரிந்தோ அல்லது சிதைந்தோ காணப்படும். சீலியக் (Coeliac) அல்லது 'சுப்பீரியர்' மெசன்டரிக்' (Superior mesenteric) தமனிகளில் எக்ஸ்ரேயில் தெரியும் திரவங்களைச் செலுத்திப் படம் எடுத்தால் புற்றுநோய்க் கட்டி உள்ள பகுதி எளிதில் தெரியும். ஸ்கெனிங் (Scaning) செய்வதாலும் கட்டியுள்ள இடம் நன்கு தெரியவரும். மேலும், முன்பே விவரிக்கப்பட்டுள்ள கணையத்தின் செயல்திறன் அறியும் சோதனைகளையும் செய்வது உபயோகமாயிருக்கும்.

சில சமயம் எல்லாவிதச் சோதனைகளும் ஏமாற்றத்தை அளித்தாலும் இந் நோய் இருக்கலாம் என்று சந்தேகிக்கப் பட்டால் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் வயிற்றைத் திறந்து பார்ப்பதே சிறந்ததாகும். புற்றுநோய் அண்மைக் காலத்தில் ஏற்பட்டதாயிருந்தால், மற்ற உறுப்புக்களுடன் ஒட்டாமல் இருந்தால் அதை முழுவதும் நீக்கிவிடமுடியும். கணையத்தின் உடல்பகுதி, வால்பகுதி முதலிய இடங்களில் புற்றுநோய் இருந் தால் அப் பகுதிகளையும், மண்ணீரலையும் சேர்த்து அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் நீக்கவேண்டும். தலைப்பகுதி பாதிக்கப் பட்டிருந்தால், இரைப்பையின் கடைப்பகுதி, டியோடினம் முழுவதும், பொதுப் பித்த நாளத்தின் கடைப்பகுதி ஜிஜூனத் தின் ஆரம்பப் பகுதியில் சிறிது ஆகியவற்றைக் கணையத்தின் தலைப்பகுதியோடு சேர்த்து மொத்தமாக அகற்றியபின் **(Pancreatico Duodenectomy)** இரைப்பை, பொதுப் பித்த நாளம், கணையத்தின் எஞ்சியுள்ள பகுதி, ஜிஜூனம் முதலியவற்றைப் படத்தில் காட்டியுள்ளபடி இணைக்கவேண்டும். இது மிகவும் கடினமான அறுவைச் சிகிச்சையாதலால் இதனுல் உயிரிழப்ப வர்களின் விகிதம் அதிகமாகும். பெரும்பாலான நோயாளிகள் சிகிச்சை நாடி வரும்போது எந்தவித அறுவைச் சிகிச்சையும் செய்ய முடியாத நிலையில் இருக்கிறார்கள். அத்தகையோருக்குக் காமாலை இருப்பின் பித்தப்பையை ஜிஜூனத்துடனே அல்லது டியோடினத்துடனே இணைத்துப் பித்த நீருக்கு மாற்றுவழி அமைப்பதின் மூலம் காமாலையைத் தற்காலிகமாகச் சரி செய்ய லாம். சில சமயம் 'ஸ்பிளாங்க்னிக்' **(Splancnic)** நரம்புகளைத் துண்டிப்பதால் தாங்கமுடியாத வலியைக் குறைக்கலாம். ஆனுல் இது அவ்வளவாகத் திருப்தியளிக்கக் கூடியதாக அமைவதில்லை.

காமாலையினுல் தாங்கமுடியாத நமைச்சல் இருந்தால் 'கொலஸ்டரமைன்' **(Cholesteramine)** என்னும் மருந்து ஓரளவு பயனளிக்கும். வயிற்றில் அதிக நீர் சேர்ந்து மூச்சுத்திணறல் உண்டானுல் ஊசியின்மூலம் நீரை வெளியே எடுப்பதால் தற்காலிக நிவாரணம் ஏற்படலாம். நோயின் இறுதிக்காலத்தில் சக்திவாய்ந்த வலி நிவாரணி, மயக்க மருந்துகள் முதலியன கொடுப்பதைத் தவிர வேறு எதுவும் செய்வதற்கில்லை.

3. இன்சுலின் சுரக்கும் ஐலெட் அணுப் புற்றுநோய்

(Insulin Secreting Ilet - Cell Tumours)

கணையத்தின் ஐலெட் பகுதியில் உள்ள இன்சுலின் சுரக்கும் அணுக்களிலிருந்தும் புற்று நோய்க் கட்டிகள் தோன்றலாம். ஆனால் இது மிகவும் அரிது. அவ்விதக் கட்டிகள் மிகவும் சிறியவையாகவும், தனித்தும் மெதுவாக வளரக்கூடியவையாகவுமிருக்கும். 10 சதவிகிதத்தினருக்கு இக்கட்டிகள் சிறிது காலத்திற்குப் பின் தீவிரமடைந்து அருகிலுள்ள மற்ற உறுப்புகளுக்கோ அல்லது உடலின் மற்றப் பகுதிகளுக்கோ பரவலாம். ஆண், பெண் இருபாலாருக்கும் சமவிகிதத்தில் ஏற்படுவதுடன் இது எந்த வயதிலும் வரலாம். பெரும்பாலும் நடுத்தர வயதை அடையும்போதுதான் இந் நோயின் குணங்கள் தெரியவரும். இந்தக் கட்டி பழுப்புக் கலந்த சிவப்பு வண்ணத்தில் இருக்குமாயினும் கணையத்தின் மற்றப் பகுதிகளிலிருந்து தோற்றத்தில் அவ்வளவாக மாறுபடுவதில்லை. இது உள்ள சிலருக்கு மற்ற நாளமில்லாச் சுரப்பிகளிலும் கட்டிகள் இருக்கக் கூடும். 'நுண்நோக்கி' மூலம் (Microscope) சோதிக்கும்போது இதனுடைய அணுக்கள் சாதாரணமாகக் காணப்படும் அணுக்கள் போலவே இருக்கும்.

நோய் இயல்பு: இந் நோயில் இரத்தத்தில் அடிக்கடி சர்க்கரைச் சத்துத் திடீரென்று குறைவதால் ஒருவித நடுக்கம், பயம், வியர்வை, பசி, பலவீனம், நெஞ்சு படபடப்பு, தலை வலி, பார்வை மங்குதல், வலிப்பு, மயக்கம், அதிகக் கோபம் முதலியன ஏற்படும். இவ்விதக் குணங்கள் அடிக்கடி ஏற்பட்டால் இந் நோய் இருக்கக்கூடும் என ஊகிக்கலாம். பெரும்பாலும் இக் குணங்கள் அதிக வேலை செய்து களைத்திருக்கும்போதும், பட்டினியுடன் இருக்கும்போதும் ஏற்படும்.

நோய் அறிதல்: 90 சதவிகிதத்தினருக்கு உணவுக்குமுன் எடுக்கும் இரத்தத்தில் சர்க்கரைச் சத்து (Blood Sugar) மிகக்

குறைவாக இருக்கும். இந்தச் சோதனையைப் பலமுறை செய்து உறுதிசெய்து கொள்ளலாம். பிளாஸ்மாவில் இன்சுலின் அளவை அறியும் சோதனைகளும் இந் நோயை அறியப் பயன் படும். மீதமுள்ள 10 சதவிகிதத்தினருக்கு இத்தகைய சோதனை கள் பயனுள்ளதாயிருப்பதில்லை. அவர்களுக்கு இரத்தத்தின் சர்க்கரையைக் குறைக்கக்கூடிய வழிகளைக் கையாண்டு மேலே விவரிக்கப்பட்டுள்ள குணம் குறிகள் தோன்றுகின்றனவா என்று கவனிக்கவேண்டும். 72 மணி நேரத்திற்குப் பட்டினி போடுதல் அல்லது 'இன்சுலின்' சுரப்பை அதிகரிக்கச் செய்யும் 'குளுகோகான்', 'லியூசின்', 'டால்பூட்டமைட்' போன்ற மருந்து களைக் கொடுத்தால் இந் நோய் இருப்பதும் அதன்குணம் குறிகள் தோன்றுவதும் தெரியவரும். சீலியக் தமனி ஆர்டீரியோகிராம் (Coeliac artery Arteriogram) சில சமயம் கட்டி இருக்கும் இடத்தை அறிய உதவிகரமாயிருக்கும். இந் நோய்க்கு அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளுமுன் மற்ற நாளமில்லாச் சுரப்பிகளையும் நன்கு சோதிக்க வேண்டும்.

சிகிச்சை முறை: அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் இக் கட்டியை அகற்றுவது ஒன்றுதான் இந் நோயைக் குணமாக்கக்கூடிய சிகிச்சையாகும். எனவே தாமதமின்றி அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்வது நலம். அறுவைச் சிகிச்சைக்கு முன்னும் அறுவைச் சிகிச்சையின் போதும் ஊசி வழியே போதுமான குளுக்கோஸ் கொடுத்து வரவேண்டும். கணையம் முழுவதையும் நன்கு சோதித்து, கட்டி இருக்குமிடத்தை அறிந்து அதை அகற்ற வேண்டும். கட்டியை எளிதில் பிரிக்க முடியாவிட்டால் அதனுடன் சிறிது கணையத்தையும் சேர்த்து நீக்கலாம். அப்படிக் கட்டி எதுவும் தென்படாது போனால் கணையத்தின் உடல் பகுதி, வால்பகுதி முதலியவற்றை நீக்க வேண்டும். ஏனெனில் பெரும் பாலும் அத்தகைய கட்டிகள் இப் பகுதிகளிலேயே காணப் படும். வீரியமுள்ள (Malignant) கட்டியாயின் கணையம் முழுவதையுமே முடிந்தால் அகற்றுவதுதான் சிறந்தது.

கல்லீரல் (LIVER)

காமாலை (Jaundice)

பிலிரூபின் (Bilirubin) என்னும் பித்த வண்ணம் (Bile Pigment) இரத்தத்திலும் மற்றத் திசுக்களிலும் அதிகமாவதற்குக் காமாலை என்று பெயர். சாதாரணமாக 100 மில்லி லிட்டர் இரத்தத்தில் 0·8 மில்லிகிராம் 'பிலிரூபின்'தான் இருக்கும். அதன் அளவு அதிகமாவதால் தோல், விழிவெண்படலம்,

வாயின் ஈர அடர்படலம் போன்ற இடங்கள் மஞ்சள் நிறமாக மாறுகின்றன. 'பிலிரூபின்' அதிகமாவது, 1. அதிக அளவில் இரத்தச் சிவப்பணுக்கள் சிதைதல், 2. இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து பிலிரூபனைப் பிரித்து, பித்த நீருடன் வெளியேற்றும் வேலையைக் கல்லீரல் செய்யத் தவறுதல், 3. பித்த நாளங்களில் அடைப்பு ஏற்படுதல் முதலிய காரணங்களால் உண்டாகிறது.

சிவப்பணு சிதைவு காமாலை (Haemolytic Jaundice) – பலவிதக் காரணங்களால் இரத்தச் சிவப்பணுக்கள் அதிக அளவில் சிதைந்து 'பிலிரூபின்' இரத்தத்தில் தேங்கி விடுகிறது. அதன் அளவு கல்லீரலின் பிலிரூபினைப் பாகுபடுத்தும் செயல் திறனை விஞ்சியதாக அமைவதால் காமாலை உண்டாகிறது. கல்லீரல் வழிசென்று மாறுதலடைந்த பிலிரூபின்தான் சிறுநீர் மூலம் வெளியேற இயலும். எனவே, இவ் வகைக் காமாலையில் சிறுநீரில் பிலிரூபின் தென்படாது. இதற்கு 'ஏகலோரிக் ஜாண்டிஸ்' (Acoloric jaundice) என்று பெயர்.

ஈரல் அணுநோய் காமாலை (Hepato-cellular jaundice)–இது ஈரல் நோயினால் ஏற்படுகிறது. இரத்தத்திலிருந்து பிலிரூபனைப் பிரித்து, பித்தநீருடன் கலக்கச் செய்யும் வேலையைக் கல்லீரல் செய்யத் தவறுவதால் இது ஏற்படுகிறது. 'வைரஸ்' என்னும் நுண்ணணுக்களால் ஏற்படும் கல்லீரல் அழற்சியில் இவ்வகைக் காமாலை உண்டாகிறது. இதில் மலத்தின் நிறம் மாறுபடுவ தில்லை. சிறுநீரில் 'யூரோபிலினோஜனுடன்' (Urobinlinogen) சில சமயம் பிலிரூபினும் இருக்கும். இரத்தத்தில் அதிக அளவில் பிலிரூபின் இருப்பதுடன் 'டிரான்ஸ் அமைனேஸ்' என்னும் என்சைம்களும் அதிகரித்திருக்கும். 'ஆல்கலைன்பாஸ்படேஸ்' ஒரு சிறிது உயர்ந்திருக்கும்.

அடைப்பு வகைக் காமாலை (Obstructive Jaundice)

பித்தப்பாதையில் பலவிதக் காரணங்களால் அடைப்பு ஏற்படுவதால் காமாலை ஏற்படுகிறது. அடைப்பு ஈரலுக் குள்ளோ, ஈரலிலிருந்து பித்த நாளங்கள் வெளியேறும் இடத் திலோ அல்லது அதற்குக் கீழோ இருக்கலாம். இதுபற்றி முன்பே விவரிக்கப்பட்டுள்ளது. இவ்வகைக் காமாலையில் சிறுநீரில் பிலிரூபின், பித்த உப்புக்கள் ஆகியவை இருக்கும். ஆனால் யூரோபிலினோஜன் இருக்காது. மலம் வெண்மையாக இருக் கும். பித்த உப்புக்கள் இரத்தத்தில் அதிக அளவு தேங்கு வதால் நமைச்சலும், இதயத்துடிப்பு குறைந்தும் காணப்படும். இரத்தத்தில் ஆல்கலைன் பாஸ்படேஸ் மிகுந்திருக்கும்.

போர்ட்டல் இரத்தக் கொதிப்பு (Portal Hypertension)

கல்லீரலுக்குள் இரண்டு வழியில் இரத்தம் செல்கிறது. பொது இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து கல்லீரல் தமனி வழியாகவும் போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து போர்ட்டல் சிரை வழியாகவும் செல்கின்றது. இரண்டுமே பல தந்துகிகளாகப் பிரிந்து கல்லீரலிலுள்ள 'சைனுசாய்டு' களை (Sinusoids) கடந்து கல்லீரல் சிரைகள் வழியாகக் கீழ்ப்பெரும் சிரையை அடைகிறது. பொது இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து வரும் இரத்தம் கல்லீரல் திசுக்களுக்கு வேண்டிய பிராணவாயுமற்றும் பல சத்துக்களைக்கொண்டு செல்கிறது. போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டம் என்பது தந்துகிகளில் ஆரம்பித்து, தந்துகிகளிலேயே முடியும் ஒரு தனி வகை இரத்த ஓட்டமாகும். பெருங்குடல், சிறுகுடல், இரைப்பை, கணையம், மண்ணீரல் முதலிய உறுப்புகளிலிருந்து அந்தந்தச் சிரைகள் வழியாக இரத்தம் வந்து ஒன்றுசேர்ந்து போர்ட்டல் சிரை ஆகிறது. அது ஈரலுக்குள் சென்றவுடன் மீண்டும் பல தந்துகிகளாகப் பிரிந்து சைனுசாய்டுகள் மூலம் கல்லீரலின் திசுக்களை அடைகிறது. இந்த இரத்த ஓட்டம், உட்கொள்ளும் உணவிலிருந்து ஈர்க்கப்பட்ட சத்துக்களையும், உடலுக்குத் தேவையில்லாததைக் கழிக்கவோ, மாற்றவோ வேண்டிய சில நச்சுப் பொருள்களையும் கல்லீரலுக்கு எடுத்துச் செல்கிறது. கல்லீரல் மனிதஉடலில்ஒரு இரசாயனத்தொழிற்சாலையாகச்செயல்பட்டு போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்தின் வழியாக வரும் பொருள்களை உடலுக்குத் தேவையான பல பொருள்களாக மாற்றவும், வேண்டாதவைகளை மாற்றுதல், அழித்தல் முதலிய செயல்களையும் செய்து வருகிறது. சாதாரணமாக, போர்ட்டல் இரத்த அழுத்தம் 3 முதல் 17 மில்லிமீட்டர் பாதரச அழுத்தமாகும். இந்த போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்தில் எங்கேனும் அடைப்போ, தடையோ ஏற்பட்டால் அதன் இரத்த அழுத்தம் அதிகமாகிறது. அத்துடன் இரத்தம் அதன் வழி செல்ல இயலாமையால் மாற்று வழியை நாடிப் பல இடங்களில் பொது இரத்த ஓட்டத்தைச் சேர்ந்த சிரைகளுள் கலக்கின்றது. அவ்வித மாற்றுவழியுள்ள இடங்கள் உணவுக்குழலும் இரைப்பையும் சேருமிடம், மலக்குடலும் கழிவாயும் சேருமிடம், பெருங்குடலின் பின்பகுதி, தொப்புளில் உள்ள சிரை, கல்லீரலுக்கும், வயிற்றின் மேல் பகுதியிலுள்ள விதானத்திற்கும் ஏற்படும் இணைப்புச் சிரைகள் முதலியனவாகும்.

காரணங்கள்

போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்தில் அடைப்பு

1. கல்லீரலுக்குமுன்

2. கல்லீரலுக்குள்

3. கல்லீரலுக்குப்பின்

ஆகிய இடங்களில் ஏற்படலாம். அடைப்புக்கான காரணங்களையும், இடத்தையும் கீழ்க்கண்டவாறு வகைப்படுத்தலாம்:

	சைனுசாய்டுக்குமுன்	சைனுசாய்டுக்குப்பின்
கல்லீரலுக்குள்	ஈரல் இறுக்கிநோய் ஈரல் நார்அணு வளர்ச்சி சிஸ்டசோமி யாசிஸ் ட்ராபிகல் மண் ணீரல் வீக்கம்	சிரை அடைப்பு நோய் ஈரல் இறுக்கி நோய்
கல்லீரலுக்கு வெளியே	போர்ட்டல் சிரை அடைப்பு மண்ணீரல் சிரை அடைப்பு ட்ராபிகல் மண்ணீரல் வீக்கம்	கல்லீரல் சிரை அடைப்பு இதயச் செயல் திறன் குறைதல்

ஈரல் இறுக்கிநோய்: Cirrhosis of Liver

ஈரல் நார் அணு வளர்ச்சி: Hepatic Fibrosis

ட்ராபிகல் மண்ணீரல் வீக்கம்: Tropical Splenomegaly

போர்ட்டல் இரத்தக் கொதிப்பு ஏற்படப் பல காரணங்கள் இருப்பினும் நம் நாட்டில் பெரும்பாலும் காணப்படும் காரணம் ஈரல் இறுக்கி நோயேயாகும்.

நோய் இயல்பு : போர்ட்டல் இரத்தக் கொதிப்பில் கல்லீரலும் நோயினால் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதால் அதற்குரிய குணம் குறிகளும் பெரும்பாலான நோயாளிகளில் காணப்படும் கல்லீரல், மண்ணீரல் இவைகளின் வீக்கம், வயிற்றிற்குள் நீர் சேர்தல், பசியின்மை, அசீரணம், கால்களில் வீக்கம், உடல் இளைப்பு, பலவீனம், சோகை ஆகியவை இருக்கும். சில சமயம் போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து நச்சுப்பொருள்கள் பொது இரத்த ஓட்டத்தில் கலப்பதால் மூளை பாதிக்கப்பட்டு மயக்கம், வாந்தி, உணர்வு இழத்தல் முதலியன ஏற்படக்கூடும். அறுவைச் சிகிச்சையைப் பொறுத்தவரை இரத்த வாந்தி ஒன்றே முக்கியமான நோய்த்தன்மையாகும். உணவுக்குழல் இரைப்பையுடன் சேருமிடத்தில் உள்ள சிரைகள் அதிக அழுத்தத்தினால் பருத்து, வளைந்து உணவுக்குழலின் உட்புறம் புடைத்துக்கொண்டிருக்கும். அத்தகைய சிரைகள் சில சமயம் இரைப்பை, டியோடினம் வரைகூடக் காணப்படுவதுண்டு. அவ்வித சிரைகள் அவ்வப்

போது சிதைவதால் அதிக அளவில் இரைப்பையினுள் இரத்தம் பாய்ந்து அதுவே இரத்த வாந்தியாக மாறுகிறது. அத்தகைய நிலையில்தான் அறுவைச் சிகிச்சையாளர்களின் சேவை தேவைப் படுகிறது.

நோய் அறிதல்: ஈரலின் செயல்திறன் அறியும் சோதனை கள், எந்த இடத்தில் அடைப்பு உள்ளது என்று அறிய மண்ணீரலுக்குள் ஊசி வழியாக எக்ஸ்ரே படத்தில் நன்கு தெரியக்கூடிய திரவத்தைச் செலுத்திப் பல எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தல், பேரியம் கொடுத்து உணவுக்குழலை எக்ஸ்ரே எடுத் தல், உணவுக்குழல் நோக்கி, இரைப்பை நோக்கி இவைகளின் உதவியால் புடைத்துள்ள சிரைகளையும், இரத்தம் கசியும் இடத்தையும் கண்டறிதல் ஆகிய சோதனைகள் உதவிகரமாக இருக்கும். இத்துடன் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளு முன் சீரம்புரோட்டீன், இரத்தக்கசிவு நேரம், இரத்த உறைவு நேரம் ஆகியவைகளையும் சோதித்து அறிவது அவசியம். மேலும் நெஞ்சுப்பகுதி எக்ஸ்ரே, இ. சி. ஜி. ஆகியவைகளும் எடுப்பது இன்றியமையாதது. ஏனெனில் இவைகளைக் கொண்டுதான் நோயாளியின் அறுவைச் சிகிச்சையைத் தாங்கும் சக்தியை அறியமுடியும்.

சிகிச்சை முறை: போர்ட்டல் இரத்தக் கொதிப்பிற்கான சிகிச்சை முறை பலவாயினும் இந் நூலின் நோக்கம் அதற்கான அறுவைச் சிகிச்சையை விவரிப்பதே ஆகும். இரத்த வாந்தி ஏற்பட்டால் உடனடியாகத் தேவையான இரத்தத்தைச் செலுத்த வேண்டும். மூக்கு வழியாக இரயில்ஸ் குழாயைச் செலுத்தி இரைப்பையில் உள்ளவற்றை அவ்வப்போது அப் புறப்படுத்த வேண்டும். 'பிட்ரசின்' (Pitrassin) என்னும் மருந்தை ஊசிவழியே செலுத்தினுல்போர்ட்டல் இரத்த ஓட்டத்தின் அழுத் தம் குறைந்து இரத்தக் கசிவு குறையும். இம் மருந்து சலேனுடன் 20 யூனிட்டுகள் 30 நிமிட நேரத்தில் கொடுக்கப்படுகிறது. வயதானவர்களுக்கும், இதய நோய் உள்ளவர்களுக்கும் கொடுக்கக்கூடாது. தொடர்ந்து இரத்தக் கசிவு இருந்தால் 'செங்ஸ்டேக்கன்' குழாய் என்னும் 3 துவாரக் குழாயை மூக்கு வழியே செலுத்தி இரைப்பை, உணவுக்குழல் ஆகியவற்றிற் குரிய பல்புகளை விரிவடையச் செய்து அதன் அழுத்தத்தால் இரத்தக்கசிவைத் தடுக்கலாம், அப்படியும் இரத்தக் கசிவு நிற்கா விடில் அறுவைச் சிகிச்சை ஒன்றுதான் வழி.

இரத்தவாந்தி உள்ளவர்களில் 4 சதவிகிதத்தினர் போர்ட் டல் இரத்தக் கொதிப்பினுல் பாதிக்கப்பட்டவர்களாவார்கள்.

இதில் இரத்த வாந்தி எடுப்பதால் 40 சதவிகிதத்தினர் உடனடியாக உயிரிழக்க நேரிடுகிறது. இதனுல் ஏற்படும் வாந்தியினுல் இரத்தம் அதிக அளவிலும் மாற்றம் ஏதும் ஏற்படாத தனி இரத்தமாகவும் இருக்கும். எனவே இதனே விரைவில் கண்டறிந்து உடனடிச் சிகிச்சை செய்யவேண்டியது மிகவும் அவசியம்.

அறுவைச் சிகிச்சை முறைகள்

1. போர்ட்டல் சிரையைக் கீழ்ப் பெரும்சிரையுடன் இணைப்பது. இந்த முறையில் இரத்தம் போர்ட்டல் சிரையிலிருந்து அழுத்தம் குறையும். அதனுல் இரத்தக்கசிவு நிற்கும். ஆனுல் கல்லீரலினுல் அழிக்கப்படவேண்டிய நச்சுப்பொருள்கள் நேரடியாகப் பொது இரத்த ஓட்டத்தில் சேர்வதால் சில கேடுகள் ஏற்படலாம்.

2. மண்ணீரல் சிரையை இடச் சிறுநீரகச் சிரையுடன் இணைத்து மாற்றுவழி அமைக்கலாம்.

3. மேல்குடற் சிரையைச் கீழ்ப்பெரும்சிரையுடன் நேர்முகமாகவோ அல்லது நடுவே ஒரு செயற்கைக் குழாய் வைத்தோ இணைக்கலாம்.

4. அண்மைக்காலத்தில் மண்ணீரலை அகற்றுமலே அதன் சிரை மேல்குடற்சிரையுடன் சேருமுன் துண்டித்து, கீழ்ப்புறமாக வளைத்து, கணையத்திற்குப் பின்புறம் இடச் சிறுநீரகச்சிரையுடன் இணைக்கும் அறுவைச் சிகிச்சை சிறந்ததாகக் கருதப்படுகிறது.

மேற்சொன்ன அறுவைச் சிகிச்சைகள் யாவும் அதிக அளவில் இரத்த வாந்தி ஏற்படும்போது செய்வது எளிதும் அன்று; அவ்வளவாகப் பயன் அளிக்கக்கூடியதும் அன்று. அத்தகைய சிக்கலான நிலையில் உடனடியாக இரத்தக்கசிவை நிறுத்தக் கூடிய மற்ற அறுவைச் சிகிச்சைகளை மேற்கொள்ளவேண்டும்.

அவையாவன :

1. உணவுக்குழலின் கீழ்ப்பகுதியையோ இரைப்பையின் மேல்பகுதியையோ குறுக்கே துண்டித்து மீண்டும் இணைத்தல்.

2. அவ்விதம் துண்டிக்காமலேயே மெல்லிய பட்டு இழையைக்கொண்டு தொடர் தையல் மூலம் தைத்துவிட்டால் இரத்தக் குழாய்கள் யாவும் அடைபட்டுவிடும்.

3. உணவுக் குழலின் கீழ்ப் பகுதியைத் திறந்து அதனுள் புடைத்துக் கொண்டிருக்கும் சிரைகளைப் பல இடங்களில் கட்டுதல்.

4. இரைப்பையின் கடைப்பகுதியைத் தவிர மற்ற இடங்களிலும் உணவுக்குழலின் அடிப்பகுதியிலும் வெளிப்புறம் தொடர்புள்ள இரத்தக் குழாய்கள் யாவையும் துண்டித்து விடுதல்.

மேற்சொல்லிய அறுவைச் சிகிச்சைகள் யாவும் சில நன்மைகளும், சிலதீமைகளும் கொண்டதாகும். அந்தந்த நோயாளிக்குத் தகுந்த சிகிச்சையைத் தேர்ந்தெடுப்பது அவசியம்.

கல்லீரல் சீழ்க்கட்டி (Pyemic Liver Abscess)

போர்ட்டல் சிரை வடிக்கும் இடங்களில் எங்காவது நோய் நுண் அணுக்களின் பாதிப்பால் சீழ்பிடித்தால் அது கல்லீரலுக்கும் பரவி, சீழ்க்கட்டி அல்லது கட்டிகள் ஏற்படலாம். அப்படி ஏற்பட்டால் கல்லீரல் பருத்துக் காணப்படுவதுடன் வலி, குளிருடன் கூடிய காய்ச்சல், உடல் எடைக்குறைவு, சோகை, பசியின்மை முதலியனவும் சில சமயங்களில் காமாலையும் ஏற்படும். இந்நோயில் இரத்தத்தில் வெள்ளணுக்கள் பெருகும். ஈரல் செயல்திறனை அறியும் சோதனைகள் மூலம் செயல்திறன் குறைந்திருப்பது தெரியவரும். சீரத்தில் புரதப் பொருள் குறைந்தும், ஆல்கலைன் பாஸ்படேஸ் மிகுந்தும் காணப்படும். கதிரியக்கச் சக்தியுள்ள மருந்துகளைக் கொடுத்து ஸ்கானிங் செய்தால் சீழ்க்கட்டி இருக்குமிடம் தெளிவாகத் தெரியும்.

இதற்கான சிகிச்சை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் கல்லீரலிலுள்ள சீழை வடித்தலே ஆகும். அத்துடன் நோய் நுண்ணணுக்களை அழிக்கக்கூடிய 'ஆன்டிபயாடிக்ஸ்' மருந்துகளைக் கொடுக்க வேண்டும்.

கல்லீரல் அமீபியாசிஸ் (Hepatic Amoebiasis)

'என்டமீபா ஹிஸ்டலிடிகா' (Entamoeba Histolitica) என்னும் சீதபேதியை ஏற்படுத்தும் நுண்ணணு சில சமயம் இரத்தத்தின் மூலம் கல்லீரலை அடைந்து இந் நோயை உண்டாக்குகிறது. கல்லீரலை அடைந்த அமீபா ஒன்று பலவாகப்பெருகி ஈரல் திசுக்களை அழித்துப் பெரிய சீழ்க்கட்டியை

ஏற்படுத்தும். இதிலுள்ள சீழ் கரைந்த கல்லீரல் திசு, இரத்தச் சிவப்பணுக்கள், வெள்ளணுக்கள், அமீபா முதலியவைகளைக் கொண்ட ஒரு விதப் பழுப்புநிறத்துடன் கூடிய தடித்த திரவமாக இருக்கும். இதனால் நோயாளிக்கு வயிற்றுவலி, ஈரல் வீக்கம், பசியின்மை, உடல் எடைக்குறைவு, சோகை, காய்ச்சல், மூச்சு விடும்போது வலதுபுற மேல்வயிற்றில் வலி முதலியன இருக்கும். வலதுபுற நுரையீரலும் அதன் வெளிப்புறமுள்ள மெல்லிய சவ்வும் பாதிக்கப்படுவதால் வலதுபுற நெஞ்சுக்குள் நீர்க் கோவை உண்டாகலாம். நோயாளியைச் சோதிக்கும்போது ஈரல் பெருத்திருப்பதும் அழுத்தினால் வலி ஏற்படுவதும் தெரிய வரும். சில சமயம் வலது விலாப்புறம் அல்லது வயிற்றின் முன் புறம் இத்தகைய சீழ்க்கட்டி திரண்டு முட்டிக்கொண்டு வருவது தெரியும். அதன் மேல்புறமுள்ள தோலும் ஓரளவு பாதிக்கப் பட்டு வீக்கத்துடன் காணப்படும்.

வயிறு, நெஞ்சு முதலிய பாகங்களை எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தால் கல்லீரல் பருத்திருப்பது, நெஞ்சுக்குள் நீர்க்கோவை, நுரையீரல் பாதிப்பு முதலியன தெரியவரும். இந் நோயில் கல்லீரல் செயல்திறன் அறியும் சோதனைகள் பெரும்பாலும் மாறுபடுவதில்லை. ஸ்கானிங் (Scaning) செய்தால் சீழ்க்கட்டி இருக்கும் இடம் நன்கு புலப்படும். மலம் சோதனையில் அமீபா அல்லது அதன் சிஸ்ட் இருக்கும். அமீபாவுக்கான ஹீமோ அக்குளுட்டினேஷன் (Haemo-agglutination) சோதனை இந் நோயில் அநேகமாக பாசிட்டிவ் ஆக இருக்கும்.

சிகிச்சை: எமிட்டின் ஹைட்ரோ குளோரைட் (Emetine-Hydrochloride) தினமும் 60 மில்லிகிராம் ஆக 10 நாட்கள் தொடர்ந்து ஊசியாகப் போடவேண்டும். குளோரோகுனின் (Chloroquine) 1,000 மில்லிகிராம் இரண்டு நாட்களும் 500 மில்லிகிராம் 8 நாட்களும் வாய்வழியாகக் கொடுக்க வேண்டும். மெட்ரோனிடசால் (Metronidazol) தினமும் 1,200 முதல் 2,400 மில்லிகிராம் வரை 10 தினங்கள் கொடுத்து வர வேண்டும். இவ்வகை மருந்துகள் கொடுப்பதுடன், சேர்ந்துள்ள சீழை வெளியே எடுக்கவும் வேண்டும். அதை எடுக்கும் முறையில் கருத்து வேறுபாடு நிலவுகிறது. சிலர் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் சீழை எடுக்கவேண்டும் என்றும், வேறு சிலர் ஊசி வழியே சீழை எடுத்தால் போதும் என்றும் கருதுகிறார்கள். ஊசிமூலம் சீழ் எடுத்தால் பலமுறை எடுக்க வேண்டிய அவசியம் ஏற்படலாம். சில சமயம் ஊசிமூலம் எடுக்க முடியாமல் போனாலும் போகலாம். மேலும் தக்க சமயத்தில் சீழை எடுக்காவிடில்

கட்டி வயிற்றுக்குள் உடைத்துக் கொண்டு பல வேண்டாத விளைவுகள் ஏற்படவும் ஏதுவாகும். எனவே இந் நோயை அறிந்தவுடன் மேற்சொன்ன மருந்துகளைக் கொடுப்பதுடன் விரைவில் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொண்டு சீழ் முழுவதையும் வடித்து, மீண்டும் உண்டாகும் சீழ் தொடர்ந்து வடியும் வகையில் ஒரு இரப்பர்க் குழாயைப் பொருத்துவதுதான் சிறந்ததாகக் கருதப்படுகிறது. சீழ் முற்றிலும் வடிந்த பிறகு சில நாட்களுக்குப் பின் இரப்பர்க் குழாயை எடுத்துவிடலாம். சில நோயாளிகளுக்கு ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட சீழ்க்கட்டிகளும், அமீபாவுடன் மற்ற நோய் நுண்ணணுக்களும் இருப்பதுண்டு. எத்தனை கட்டிகள் இருந்தாலும் எல்லாவற்றையும் தனித்தனிக் குழாய்கள் மூலம் வடித்துவிட வேண்டும். ஈரலின் பகுதி மிக மோசமான நிலையில் சிதைந்திருந்தால் அப்பகுதியை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றிவிட வேண்டும். எல்லா நோயாளிகளுக்குமே போதிய அளவு இரத்தம் செலுத்துதல், ஊட்டச் சத்துகள் நிறைந்த ஆகாரம் அளித்தல் முதலியனவும் அவசியம். மேலும் அமீபாவை அழிக்கக்கூடிய மருந்துகளைக் கொடுப்பதுடன் மற்ற நோய் நுண்ணணுக்களுக்கெதிரான 'ஆன்டிபயாடிக்ஸ்' (Antibiotics) களையும் கொடுக்கவேண்டும்.

கல்லீரல் ஹைடாடிட் (Hepatic Hydatid)

இந் நோய் எக்கினோகாகஸ் கிரானுலோஸஸ் (Echinococcus granulosus) என்னும் ஒட்டுண்ணி நாடாப் புழுவினால் ஏற்படுகிறது. இது நாயிலிருந்து மனிதருக்குப் பரவுகிறது. இதில் கல்லீரலில் ஒரு நீர்க்கட்டி தோன்றி, சிறிது சிறிதாக வளர்ந்து பெரிய கட்டியாவதுடன் பிற்காலத்தில் ஒருவித வலியும் ஏற்படும். சாதாரணமாக நோயாளியை பரிசோதிப்பதின் மூலமே இந் நோயை அறியலாம். சந்தேகம் இருப்பின் 'கெசானிஸ் டெஸ்ட்' (Casonis Test) மூலம் உறுதி செய்து கொள்ளலாம். மேலும் காம்லிமென்ட் பிக்ஸ்ஸேஷன் (Complement Fixation) டெஸ்ட், கல்லீரல் ஸ்கானிங், இரத்தக்குழாயைத் தெளிவாக்கும் எக்ஸ்ரே படங்கள் ஆகிய சோதனைகளும் இந் நோயைக் கண்டறிய உதவிகரமாய் இருக்கும்.

இத்தகைய நீர்க்கட்டியை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றுவதே இதற்குத் தகுந்த சிகிச்சையாகும். சில சமயம் இவ்வித நீர்க்கட்டி தானாக உடைந்தாலும், அறுவைச் சிகிச்சையின்போது கட்டியிலுள்ள நீர் வயிற்றுக்குள் சிந்தினாலும் கடுமையான ஒவ்வாமை ஏற்பட்டு நோயாளியின் உயிருக்கே ஆபத்து ஏற்படலாம். எனவே அறுவைச் சிகிச்சைக்குமுன் அதன்

உள்ளே உள்ள நீரை ஊசியின் மூலம் வெளிப்படுத்தியபின் பார்மலின் அல்லது ஆல்ககாலை அதனுள் செலுத்தி அதன் நச்சுத்தன்மையை அழித்துவிட வேண்டும்.

கல்லீரல் புற்று நோய் (Tumours of the Liver)

கல்லீரலில் புற்றுநோய்க் கட்டி அதிலிருந்தே ஏற்படுவதுடன் மற்ற உறுப்புகளிலிருந்து இரத்தத்தின் வழியாகப் பரவிக் கிளைக் கட்டிகளும் ஏற்படுவதுண்டு. இவ்விரண்டு வகைகளில் கிளைக்கட்டிகளே அதிக அளவில் உண்டாகும்.

கல்லீரலிலிருந்தே ஏற்படும் புற்றுநோய் இருவகைப்படும்:

1. ஹெப்பட்டோமா **(Hepatoma)** இது ஈரல் திசுக்களிலிருந்தே ஏற்படுகிறது.

2. கோலாஞ்சியோமா - **(Cholangioma)** பித்த நாளங்களில் உள்ள திசுக்களிலிருந்து உண்டாகிறது.

காரணங்கள் : ஈரல் இறுக்கிநோய் (Cirrhosis of the Liver) ஹீமோகுரோமடோசிஸ் (Haemochromatosis) என்னும் இரும்புச் சத்து ஈரலில் படியும் நோய், இவை ஈரலில் புற்றுநோய் ஏற்பட முன்னோடியாக இருப்பதாகக் கருதப்படுகிறது. இது எந்த வயதிலும் ஏற்படலாம் என்றாலும் 60 முதல் 80 வயதினருக்கு அதிக அளவில் உண்டாகும். பெண்களை விட ஆண்களுக்கு 4 மடங்கு அதிகம் தோன்றுகிறது.

நோயறிதல் : காரணமின்றி ஈரல் பருத்துக் காணப்பட்டாலே இந் நோய் இருக்கும் என்று சந்தேகிக்கலாம். மேலும் ஸ்கானிங், ஈரல் இரத்தக் குழாய்களின் எக்ஸ்ரே படம் முதலிய சோதனைகளின் மூலமும், ஈரலிலிருந்து ஊசிவழியாகச் சிறிது திசுக்களை எடுத்து பரிசோதிப்பதின் மூலமும் இந் நோயை அறியலாம்.

சிகிச்சை : புற்றுநோய் கல்லீரலின் ஒரு பகுதியை மட்டும் பாதித்திருந்தால் அப்பகுதியை அல்லது ஈரலின் ஒரு பகுதியையே அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றுவதால் குணப்படுத்தலாம். அப்படி நீக்கியபின் மீதமுள்ள ஈரல் விரைவில் வளர்ந்து முழு அளவில் செயல்படும். இத்தகைய அறுவைச் சிகிச்சை ஈரல் இறுக்கிநோய் உள்ளவர்களுக்குப் பொருந்தாது. ஏனெனில் நோயுள்ள ஈரலின் வளர்ச்சி திருப்தியளிப்பதாக அமைவதில்லை. புற்றுநோய் பல இடங்களிலோ அல்லது

அதிக அளவிலோ பரவியிருந்தால் அவர்களுக்கு அறுவைச் சிகிச்சை செய்ய இயலாது. அத்தகையோருக்கு ஈரல் தமனி யைக் கட்டிவிடுவதால் நோயுற்ற பகுதிக்கு இரத்தம் போவது குறைந்து அதன் வளர்ச்சி தடைப்படும். மேலும் புற்றுநோய்த் திசுக்களை அழிக்கக்கூடிய மருந்துகளை ஈரல், தமனி, போர்ட்டல் சிரை இவைகளின்மூலம் கொடுக்கலாம்.

கிளைக்கட்டிகள்

வயிற்றில் பல இடங்களில் ஏற்படும் புற்றுநோயிலிருந்து போர்ட்டல் சிரை வழியாக ஈரலில் கிளைக்கட்டிகள் உண்டாக லாம். அவற்றிற்கான சிகிச்சை முறைகள் ஈரலிலிருந்தே ஏற் படும் புற்றுநோய்க்கான சிகிச்சையிலிருந்து மாறுபடுவதில்லை.

வயிற்றின் தீவிரப் பாதிப்புகள் (Acute Abdomen)

குடல்வால் (Appendicitis)

குடல்வால் மனித உடம்பில் ஒரு உபயோகமற்ற உறுப் பென்றாலும் அதில் ஏற்படும் நோய்கள் சில சமயம் உயிருக்கே ஆபத்து விளைவிக்கக் கூடியதாய் முடிவதுண்டு.

தீவிரக் குடல்வால் அழற்சி (Acute Appendicitis)

குடல்வால் அழற்சி அதிக அடைப்பு ஏற்படுவதாலும் பல வித நோய் நுண்ணணுக்கள் குடல்வாலின் சுவரைத் தாக்கு வதாலும் ஏற்படுகிறது. இந் நோயின் குணம் குறிகள் அதன் காரணத்தின் தன்மையைப் பொறுத்தும் குடல்வால் அமைந் துள்ள இடத்தைப் பொறுத்தும் மாறுபடும்.

அடைப்புவகை அழற்சி : (Obstructive Type) குடல்வாலில் மலம் சென்று கட்டியாகி வழியை அடைத்துக் கொள்வதால் அடைப்புக்கு அப்பால் உள்ள பகுதியில் சுரக்கும் நீர் தேங்கி அதில் நோய் நுண்ணணுக்கள் நன்கு வளர்ந்து அழற்சி உண் டாகிறது. அத்தகைய அடைப்பை நீக்குவதற்காகக் குடல்வால் மிகத் தீவிரமாகச் சுருங்கி விரிவதாலும், தேங்கியுள்ள நீரின் அதிக அழுத்தத்தினாலும் விட்டுவிட்டு, தாங்கமுடியாத வலி ஏற்படும். குடல்வாலின் உட்புறம் ஏற்படும் அழற்சி கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அதிகரித்து, சுவர் முழுவதையும் பாதிப்பதுடன் இரத்தக் குழாய்களும் அடைபட்டுவிடுகின்றன. இதனால் சில சமயம் குடல்வால் அழுகி அதில் ஓட்டை விழுவதும் உண்டு.

குணம் குறிகள் : முதலில் ஏற்படும் வலியாகும். இது முதலில் தொப்புளைச் சுற்றித் தோன்றிச் சில மணி நேரத்திற்குப் பிறகு அடிவயிற்றின் வலதுபுறத்திலும் இருக்கும். அந்த இடத்தில் தொட்டால் வலி இருப்பது நன்கு புலப்படும். அவ்வித வலியினால் அடிவயிற்றின் வலப்புறத்தசைகள் சுருங்கி மிகவும் கெட்டியாகக் காணப்படும். இலேசான காய்ச்சலும் ஓரிரு முறை வாந்தியும் ஏற்படும். இரத்த சோதனையில் வெள்ளணுக்கள் எண்ணிக்கை அதிகம் இருக்கும். ஒரு சிலருக்குக் குடல் வால் அமைந்துள்ள இடம் மாறுவடுவதால் குணம் குறிகளும் மாறுபடும். உதாரணமாக அழற்சியால் பாதிக்கப்பட்ட குடல் வால் சிறுகுடலின் கடைப்பகுதியைத் தொட்டுக்கொண்டிருந்தால் பேதி ஏற்படும். சிறுநீர்ப்பையைத் தொட்டுக்கொண்டிருந்தால் சோதனையில் சிறுநீருடன் இரத்தம் கலந்திருப்பது தெரியும். எனவே இத்தகைய மாறுபட்ட குணங்குறிகள் உண்டாகலாம் என்பதை நினைவில் கொள்வது நலம். கழிவாயில் விரல்விட்டுச் சோதிக்கும்போது வலப்புறம் வலி ஏற்படுவதும் உண்டு.

அடைப்பில்லாத அழற்சி (Non-obstructive type) **:** இவ்வகை அழற்சி நோய் நுண் அணுக்களால் ஏற்படுவதால் காய்ச்சல் ஆரம்ப காலத்திலேயே ஏற்படும். இரத்தத்தில் வெள்ளணுக்கள் மிக அதிகமாக இருக்கும். வலி தொடர்ந்தும் குறைந்த அளவிலும் இருக்கும். சில சமயம் குடல்வால் சிறிதளவே பாதிக்கப்பட்டு விரைவில் குணமடைவதும் உண்டு. அதனால் குடல்வாலில் சுருக்கங்கள் ஏற்பட்டு, பிற்காலத்தில் அடைப்பு வகை அழற்சி ஏற்பட வழிவகுக்கிறது.

இவ்விரு வகை அழற்சியில் எதுவானாலும் அந்நோயின் குணங்குறிகளோ சிகிச்சை முறையோ அதிகமாக மாறுபடுவதில்லை.

குழந்தைகளுக்குக் குடல்வால் அழற்சி ஏற்பட்டால் அது கடுமையானதாக இருக்கும். ஏனெனில் குழந்தைப் பருவத்தில் குடல்வால் நீளமாகவும் அதன் சுவர் மெல்லியதாகவும் இருப்பதுடன் ஒமென்டம் **(Omentum)** என்னும் கொழுப்புத்திரை தேவையான அளவு வளர்ந்திருக்காதாகையால் அழற்சியுள்ள பகுதியை மூடிப் பாதுகாக்கப் போதுமானதாக இருக்காது. அதே போல் வயதானவர்களுக்கு அழற்சி ஏற்பட்டால் அவர்களின் இரத்த நாளங்கள் வயது காரணமாகப் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதால் நோயின் தீவிரம் அதிகமாகி ஆபத்தை விளைவிக்கும்.

சிகிச்சை: குடல்வால் அழற்சிக்கு உரிய சிகிச்சை உடனடி அறுவைச் சிகிச்சைதான். இதில் குடல்வால் அகற்றப்படுகிறது. நோயாளி காலந்தாழ்ந்து சிகிச்சை நாடி வந்தால் நன்கு சோதித்து நோயின் தன்மைக்கு ஏற்ற சிகிச்சையை மேற் கொள்ள வேண்டும். அழற்சி தீவிரமாகவும் விரைவில் வயிற்றின் மற்ற இடங்களுக்குப் பரவும் வகையிலும் இருந்தால் அறுவைச் சிகிச்சைதான் சிறந்தது. அவ்வாறின்றி அதே இடத்தில் கட்டுண்டு காணப்பட்டால் அறுவைச் சிகிச்சையை விடுத்து மற்ற முறைகளைக் கையாளலாம். இதில் நோயாளிக்கு பூரண ஓய்வு தரவேண்டும். வாய்வழி எந்தவித உணவும் கொடுக்காமல் ஊசிமூலம் சிரையின் வழியாக சலைன், குளுகோஸ் முதலியன செலுத்த வேண்டும். மூக்கின் வழியாக இரயில்ஸ் குழாயைச் செலுத்தி அவ்வப்போது இரைப்பையில் சுரக்கும் நீரையும் உறிஞ்சி வெளியே எடுத்து விடவேண்டும். நோய் நுண் அணுக்களை அழிக்கக்கூடிய 'ஆம்பிசிலின்' போன்ற மருந்துகளையும், வலியைப் போக்க வல்ல மருந்துகளையும் ஊசிமூலம் கொடுக்க வேண்டும்.

இவ்விதச் சிகிச்சையினால் நோய் கட்டுப்படாமல் தீவிரம் அடைந்தால் எந்த நிலையிலும் அறுவைச் சிகிச்சையளித்து பூரண குணம் ஏற்பட்டபின் நோயாளிக்குத் தக்க அறிவுரை கூறி அடுத்தமுறை அழற்சி வருமுன் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொள்ளச் செய்ய வேண்டும். ஏனெனில் ஒருமுறை நோய் வாய்ப்பட்ட குடல்வால் எந்த நேரமும் மீண்டும் அழற்சிக்குள்ளாகலாம்.

சில சமயம் வயிற்றின் மற்றத் தீவிரப் பாதிப்புகள், உதாரணமாக, சிறுநீரகக் கற்களால் ஏற்படும் வலி, பெண்களுக்கு உண்டாகும் கருப்பைக் குழல்களின் அழற்சி முதலியவற்றினின்று அதனைப் பிரித்தறிவது கடினமாகலாம். அத்தகைய சமயங்களில் நோயாளியைச் சரிவரச் சோதிப்பதாலும் மற்ற நோய்களுக்கான குணங்குறிகளோடு ஒப்பிட்டுப் பார்ப்பதாலும் இதைக் கண்டு கொள்ளலாம்.

குடல்வாலின் நெடுநாள் அழற்சி (Chronic Appendicitis)

ஒரு சிலருக்கு அடிக்கடி அடிவயிற்றில் வலியும், பேதியும் மலச்சிக்கலும், ஒருவித அசீரணமும் வரும். அத்தகையோரைப் பரிசோதிக்கும்போது அடிவற்றின் வலப்புறம் குடல்வால் இருக்கும் இடத்தை அழுத்தும்போது வலி அதிகமாகத் தெரியும். இவை குடல்வாலின் நெடுநாள் பாதிப்பினால் ஏற்படும்

குணங்களாகும். அத்தகையோருக்கு அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் குடல்வாலை நீக்கிவிட்டால் பூரண குணம் ஏற்படும். அது ஒன்றே தக்க சிகிச்சையாகும்.

பெரிடோனியத்தின் அழற்சி (Peritonitis)

வயிற்றில் உள்ள பல பாகங்களில் எங்கே அழற்சி ஏற்பட்டாலும் அது அந்தப் பாகத்தைச் சார்ந்த பெரிடோனியத்தை முதலில் பாதித்து பிறகு மற்ற இடங்களுக்குப் பரவும். பரவுகின்ற வேகம் அழற்சியின் காரணம், அதில் பங்கேற்றுள்ள நோய் நுண் அணுக்களின் வீரியம், நோயாளியின் காப்புத் திறன் (Resistance) முதலியவற்றிற்கேற்ப மாறுபடும். சில சமயம் வயிற்றுச்சுவர்களின் உண்டாகும் குத்துக்காயம், பெண்களின் கருப்பை குழல்வழி இவைகளின் மூலமும் நோய் நுண் அணுக்கள் பெரிடோனியத்தை அடைத்து அழற்சி ஏற்படுவதுண்டு.

குணம் குறிகள் : வலி முதலில் பாதிக்கப்பட்ட இடத்தில் தோன்றிக் கொஞ்சம் கொஞ்சமாக வயிறு முழுவதும் பரவும். வாந்தி உண்டாகும். வயிற்றுக்குள் மின்பகுபொருள்கள் (Electrolytes), மற்றும் புரதம் (Proteins) மிகுந்த நீர் சுரந்து தேங்கும். குடல் அசைவு கொஞ்சம் கொஞ்சமாகக்குறைந்து பிறகு அறவே நின்றுவிடுவதால் குடலில் வாயுவும், நீரும் தேங்குவதால் வயிற்று உப்புசமும் உண்டாகும். வாந்தியாலும் பெரிடோனியத்தில் சுரக்கும் நீராலும், குடலுக்குள் தேங்கும் நீராலும் பலவித உப்புக்களும், தண்ணீரும் இரத்தத்திலிருந்து வெளியேறுவதால் இரத்தத்தின் அமில, காரச் சமநிலை மாறி இரத்த அழுத்தமும் குறைந்த ஷாக் ஏற்படும். குடலில் அசைவு அடியோடு நின்று விடுவதால் மலம் கழியாமலும், வாயு வெளியேறாமல் தேங்கி வயிற்று உப்புசம் அதிகமாகும். தக்க சமயத்தில் தகுந்த சிகிச்சையை மேற்கொள்ளாவிடில் இது உயிருக்கே ஆபத்தாக முடியும்.

சிகிச்சை : நோயாளியின் தலைப்புறத்தைத் தூக்கி வைத்து அழற்சி இடுப்புப் பகுதியிலேயே தங்குமாறு செய்யலாம். மூக்கின்வழி இரயில்ஸ் குழாயைச் செலுத்தி இரைப்பையில் திரவம் எதுவும் தேங்காமல் அவ்வப்போது அகற்ற வேண்டும். அமிலகாரச் சமநிலையையும், மின்பகு பொருள்களின் இழப்பையும் ஈடுசெய்யும் வகையில் தேவையான அளவில் தக்க திரவங்களை ஊசிமூலம் சிரைவழி செலுத்த வேண்டும். பலவித நோய்நுண் அணுக்களை எதிர்த்து அழிக்கவல்ல சக்திவாய்ந்த

'ஆன்டிபயாடிக்' மருந்துகளைப் போதிய அளவில் ஊசிமூலம் கொடுக்க வேண்டும். வலியைப் போக்கவும் நோயாளிக்குப் போதிய மன அமைதியை அளிக்கக்கூடிய பெத்தடின், மார்பியா போன்ற மருந்துகளை அவ்வப்போது கொடுக்க வேண்டும். இத்துடன் இந்நோய்க்குக் காரணமாக இருந்த நோய்க்கும் தக்க சிகிச்சை அளிக்க வேண்டும்.

சில சமயம் அழற்சி ஒரே இடத்தில் நிலைத்து ஒரு சீழ்க் கட்டியாக மாறுவதும் உண்டு. அப்படிச் சீழ்கட்டினால் அதை வெளியேற்ற ஆவன செய்யவேண்டும்.

குடல் அடைப்பு (Intestinal Obstruction)

குடல் அடைப்பு நோய் அவசர அறுவைச் சிகிச்சை செய்ய வேண்டிய நோய்களில் முக்கியமான ஒன்றாகும். சிகிச்சையில் காலந்தாழ்த்தினால் மிகக்கொடிய விளைவுகள் ஏற்படும். குடலடைப்புப் பொதுவாக இருவகையாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது.

1. குடல் அசைவுடன் கூடிய அடைப்பு (Dynamic Ileus) இதில் அடைப்பு குடலின் உட்பகுதியிலோ, குடலின் சுவரிலோ, அல்லது அதன் வெளிப்புறத்திலோ ஏற்படும் மாறுதல்களால் உண்டாகிறது.

2. குடல் அசைவற்ற அடைப்பு (Adynamic Ileus) இதில் குடல் அசைவைத் தூண்டக்கூடிய நரம்புகள் பாதிக்கப்படுவதால் குடலில் உள்ள உணவுப் பொருள் நகராமல் தேங்கி விடுகிறது. குடலுக்குச் செல்லும் இரத்தக் குழாய்கள் பாதிக்கப்பட்டாலும் இவ்வகை அடைப்பு ஏற்படலாம்.

அசைவுடன் கூடிய அடைப்பை மேலும் 3 வகையாகப் பிரிக்கலாம்:

1. திடீரென ஏற்படும் அடைப்பு (Acute intestinal obstruction). 2. நாளடைவில் சிறிது சிறிதாக ஏற்படும் அடைப்பு (Chronic obstruction) 3. சிறிது சிறிதாக ஏற்படும் மாறுதல்களால் திடீரென ஏற்படும் அடைப்பு (Acute or chronic).

குடலின் அடைப்பு, சிறுகுடல், பெருங்குடல், மலக்குடல் இவற்றில் எங்கு வேண்டுமானாலும் ஏற்படலாம். அதற்கான குணங்குறிகள் அடைப்பு ஏற்படும் இடத்திற்குத் தக்கவாறு மாறுபடும். சிறுகுடலில் அடைப்புப் பொதுவாக, குடல் இறக்க

நோயில் (Hernia) குடலின் ஒருபகுதி வயிற்றிற்குள் திரும்ப முடியாமல் தங்கிவிடுவது, குடலின் பல பகுதிகள் ஒன்றோடொன்று ஒட்டிக் கொள்வது, குடலின் ஒருபகுதி ஏதாவது ஒரு இடத்தில் ஒட்டிக் கொண்டிருந்தால் அந்த இடம் மடங்கிக் கொள்ளுதல், தன்னைத்தானே சுற்றிக் கொள்ளுதல் ஆகிய காரணங்களால் உண்டாகலாம். பெருங்குடலில் அடைப்புப் பெரும்பாலும் வயதானவர்களுக்கே ஏற்படுகிறது. மலத் தேக்கம், புற்றுநோய், டைவர்ட்டிகுலோசிஸ் (Diverticulosis) தன்னைத்தானே சுற்றிக்கொள்ளுதல் ஆகியவை முக்கிய காரணங்களாகும். இவைகளைத் தவிர, குடல் ஏற்றமும் (Intussusception) ஒரு காரணமாகலாம். குடல் ஏற்றம் எந்த வயதிலும் ஏற்படக்கூடுமாயினும் குழந்தைகளுக்கே அதிகமாகக் காணப்படுகிறது.

நோய் இயல்பு

வலி–சிறுகுடல் அடைப்பில் வலி திடீரென நடுவயிற்றில் ஏற்படுகிறது. சில சமயம் வயிறு முழுவதும் வலி தெரிந்தாலும், நடுவயிற்றில்தான் அதிகம் இருக்கும். வலி விட்டுவிட்டுத் தோன்றும். பெருங்குடல் அடைப்பில் வலி காலந்தாழ்ந்தும், கொஞ்சம் கொஞ்சமாகவும் பெரும்பாலும் அடிவயிற்றிலும் இருக்கும். வலி அடிக்கடியும், அதிக அளவிலும் இருந்தால் குடல் அடைப்புடன் அதற்கான இரத்தக்குழாய்களும் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதை உணர்த்தும் (Strangulation).

வாந்தி–குடலின் ஆரம்பப்பகுதியில் அடைப்பு ஏற்பட்டால் வாந்தி ஆரம்பக் காலத்திலேயே ஏற்பட்டு அதிக அளவில் நீரும், மின்பகு பொருள்களும் வெளியேறுவதால் விரைவிலேயே நோய் கடுமையாகி விடுகிறது. அடைப்பு ஏற்படும் இடம் குடலின் கடைப்பகுதியில் இருக்குமாயின் வாந்தி சில மணி நேரங்களுக்குப் பின்தான் ஏற்படும். அடைப்புப் பெருங்குடலில் இருக்குமாயின் ஓரிரு நாட்களுக்குப் பிறகுதான் உண்டாகும்.

வயிற்று உப்புசம் - குடலில் அடைப்பு ஏற்பட்டுள்ள இடம் இரைப்பைக்கு அருகிலிருந்தால் வயிற்றில் புடைப்புக் குறைந்தும், அடைப்புள்ள இடம் இரைப்பையிலிருந்து தள்ளிப் போகப்போக, புடைப்பு அதிகரித்தல் காணப்படும். சிறுகுடல் அடைப்பில் புடைப்புப் பெரும்பாலும் வயிற்றின் மத்திய பகுதியிலும், பெருங்குடல் அடைப்பில் வயிற்றின் ஓரப்பகுதியிலும் குடல் அசைவு அற்ற அடைப்பில் வயிறுமுழுவதும் புடைத்துக் காணப்படும்.

மலச்சிக்கல் – குடல் அடைப்பில் குறிப்பாகப் பெருங்குடல் அடைப்பில் மலம் கழிவதும், வாயு பரிவதும் அறவே நின்று விடும். எனிமா கொடுத்தால்கூடப் பயன் இருக்காது. சிறுகுடல் அடைப்பில் சில சமயங்களில் அடைப்புக்கு அப்பாலுள்ள பகுதியிலுள்ள மலம் அடைப்பு ஏற்பட்ட பிறகுகூட ஓரிரு முறை வெளிப்படக்கூடும். அப்பகுதியிலுள்ள மலம் முழுவதும் வெளியேறிய பிறகு பூரண மலச்சிக்கல் உண்டாகும்.

குடல் அடைப்பில் ஆரம்ப காலத்தில் நாடித்துடிப்பும் உடல் வெப்பமும் சாதாரண நிலையிலிருந்தாலும், நேரம் செல்லச் செல்ல அவை அதிகரித்துக்கொண்டே போகும்.

சோதனை முறைகள் : குடல் அடைப்புக்குக் குடல் இறக்க நோய் பெரும்பாலானவர்களுக்குக் காரணமாய் இருப்பதால் குடல் இறக்கம் ஏற்படும் இடங்களை நன்கு சோதித்துப் பார்க்க வேண்டும். வயிற்றில் இதற்குமுன் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்டுள்ளதற்கான அடையாளங்கள் இருக்கின்றனவா என்று பார்க்கவேண்டும். ஏனெனில் முதலில் செய்யப்பட்ட அறுவைச் சிகிச்சையின் விளைவாகக் குடல் மடிப்புகள் ஒன்றுக் கொன்று ஒட்டிக்கொண்டு குடல் அடைப்பை உண்டாக்க ஏது உண்டு. வயிற்றை அழுத்திப் பார்க்கும்போது அடைப்பு ஏற்பட்டுள்ள இடத்தில் நோயாளிக்கு வலி இருப்பது தெரிய வரும். அப்படி அழுத்திக் கையை எடுக்கும்போது அதிகவலி இருந்தால் இரத்தக்குழாய்களும் பாதிக்கப்பட்டுள்ளன என்பதை அறியலாம். குடல் அடைப்பில் அதன் அசைவின் வேகம் அதிகரிப்பதால் உண்டாகும் இரைச்சலைச் சோதனைக் குழாய் மூலம் (Stethoscope) எளிதில் கண்டு கொள்ளலாம். அடைப்பு ஏற்பட்டு நேரம் ஆகஆக அசைவில் வேகம் கொஞ்சம் கொஞ்சமாகக் குறைந்து பிறகு சுத்தமாக நின்று விடும். குடல் அடைப்புக்கு உட்பட்ட நோயாளிகள் யாவரை யும் கழிவாயில் விரல்விட்டு (Rectal examination) சோதனை செய்வது மிகவும் அவசியம். அப்படிச் சோதிக்கும்போது மலக் குடலுக்குள் மலத்தேக்கம், புற்றுநோய், மலக்குடலுக்கு முன் உள்ள பை போன்ற பகுதியில் நீர்த்தேக்கம் முதலியன இருப் பதை அறியலாம். மலக்குடல் பலூன் போல் விரிவடைந்து காணப்பட்டால் மேலுள்ள பகுதியில் பூரண அடைப்பு ஏற்பட்டிருக்கிறது என்பதை உணர்த்தும்.

நோயாளியை நிற்கவைத்தோ, முடியாவிடில் உட்கார வைத்தோ வயிற்றுப்பகுதியை எக்ஸ்ரே படம் எடுக்க வேண்

டும். அதில் காற்று நிறைந்த குடல் வளைவுகளும் பல இடங்களில் நீர்மட்டங்களும் தெரியும். காற்றுத் தேக்கத்தால் விரிவடைந்த குடலின் பகுதி ஒவ்வொன்றும் ஒவ்வொருவிதத் தோற்றத்துடன் காணப்படுமாதலால் அடைப்பு எந்த இடத்திலிருக்கிறது என்பதை அறிந்து கொள்ளலாம்.

நீர், மின்பகுபொருள்கள் இவைகளில் ஏற்படும் மாறுதல்கள் குடலின் ஈர்க்கும் சக்தி, சுரப்புத்திறன் முதலியவற்றின் சமநிலை மாறுபடுவதால் உடலின் நீர், மின்பகு பொருள்கள் ஆகியவற்றின் இழப்பு அதிகமாகிறது. எனவே குடல் அடைப்புக்காகச் சிகிச்சையைக் கையாளும்போது இதை நினைவில் வைத்துக்கொள்வது அவசியம். குடலிலுள்ள திரவப் பொருள் அடைப்பைத் தாண்டிப் போகமுடியாமல் அடைப்பிற்கு முன்பே தேங்கிவிடுகிறது. அடைப்பிற்குப் பின் உள்ள பகுதிக்கு எந்தவித வேலையும் இல்லாமற் போவதால் அது சுருங்கிக் காணப்படும். முன் உள்ள பகுதி வரவர விரிவடைந்து வரும். நோயாளி எதையும் உட்கொள்ளாவிட்டாலும் பலவிதச் சுரப்பிகளிலிருந்து சுரக்கும் நீர் ஒன்று சேர்ந்து தேக்கத்தின் அளவை அதிகரிக்கும். விரிவடைந்த குடலின் உள் அழுத்தம் அதிகமாவதால் அப்பகுதியின் சுரப்புத் திறனும் வரவரக்குறைந்து முடிவில் இல்லாமலே போய்விடும். தேங்கியுள்ள நீர் மேலே செல்ல முடியாததால் திரும்ப முன்பக்கம் நகருவதால் வாந்தி ஏற்படுகிறது. மிகவும் விரிவடைந்த குடலில் உள் அழுத்தம் அதிகரித்துக் கொண்டே போவதால் அதில் இரத்த ஓட்டமும் பாதிக்கப்படுகிறது. முதலில் சிரைகள் பாதிக்கப்படுவதால் இரத்தம் தேங்கித் தந்துகிகள் விரிவடைந்து அதனின்று திரவம் குடலுக்குள் பாய்ந்து முன்பே தேங்கியுள்ள திரவத்துடன் கலந்து அதன் அளவை அதிகரிக்கிறது. இதனுல் உடலிலுள்ள நீர், மின்பகு பொருள்கள் ஆகியவற்றின் அளவு குறைவதோடு அமில–காரச் சமநிலையும் பாதிக்கப்படுகிறது. முடிவில் ‘ஷாக்’ (Shock) உண்டாகிறது.

சிகிச்சை: உடனடியாகச் சிரைகள் மூலம் தேவையான திரவங்களைப் போதிய அளவு செலுத்தி இழப்பை ஈடுசெய்ய வேண்டும். சிலசமயம் இரத்தமும் செலுத்த வேண்டிவரும். இரத்தச் சோதனைகள் மூலம் பலவித மின்பகு பொருள்களின் அளவையறிந்து தேவையானவற்றை உடனுக்குடன் ஈடு செய்யவேண்டும்.

மூக்குவழியே இரயில்ஸ் குழாயைச்செலுத்தி இரைப்பையில் தேங்கியுள்ள நீரை அவ்வப்போது அகற்ற வேண்டும். இதனல் வாந்தியைத் தடுக்கலாம். குடலில் அடைப்பு இருப்பது உறுதியானல் உடனடியாக அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ள வேண்டும். குடல் இறக்க நோயினல் அடைப்பு ஏற்பட்டிருந்தால் அதற்குரிய அறுவைச் சிகிச்சையைச் செய்ய வேண்டும். மற்றக் காரணங்களினல் அடைப்பு உண்டாகியிருந்தால் வயிற்றைத் திறந்து அதிலுள்ள மாறுதல்களுக்குத் தக்க சிகிச்சை முறையினைக் கையாள வேண்டும். குடல் சுற்றிக்கொண்டிருந்தால் அதை எடுத்து விடுதல், ஏதாவது அடைத்துக்கொண்டிருந்தால் அதை நீக்குதல், இரத்த ஓட்டம் தடைப்பட்டு ஒரு பகுதி அழுகியிருந்தால் அப்பகுதியை நீக்கி மீதமுள்ளவற்றை இணைத்தல், குடல் ஒன்றுக்கொன்று ஒட்டிக் கொண்டிருந்தால் அதைப் பிரித்துவிடுதல், நார்த்திசுப்பட்டைகள் அல்லது வேறு கட்டிகள் குடலை அழுத்திக் கொண்டிருந்தால் அதனை நீக்குதல் முதலிய முறைகளைக் கையாளலாம். வயிற்றை மூடுமுன் விரிவடைந்துள்ள குடலில் தேங்கியுள்ளவற்றை உறிஞ்சியின் மூலம் அப்புறப்படுத்துவது அவசியம். பெருங்குடல் அடைப்பில் ஒரு பகுதியை நீக்கி இணைக்கவேண்டிய அவசியம் ஏற்படுமாயின் அதிலுள்ள நோய்நுண் அணுக்களின் செய்கையால் பெரிட்டோனியம் பாதிக்கப்பட்டு வேண்டாத விளைவுகள் ஏற்படலாம். இதைத் தவிர்க்க அடைப்புக்கு மேலுள்ள பகுதிகளில் தற்காலிக 'கொலாஸ்டமி' செய்து அப்போதைக்கு நிவாரணம் ஏற்படுத்துவதே சிறந்ததாகும். அத்தகையோருக்கு உடல்நிலை நன்கு தேறிய பின் தகுந்த மருந்துகளின் உதவியால் பெருங்குடலின் நோய் நுண்ணணுக்களை ஒருவாறு கட்டுப்படுத்தி மீண்டும் ஒரு அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் அடைப்பை நீக்கி நிரந்தர நிவாரணம் அளிக்கலாம். பெருங்குடலின் ஆரம்பப் பகுதியில் அடைப்பு இருந்தால் சிறுகுடலின் கடைப் பகுதியை அடைப்புக்கு அப்பாலுள்ள பெருங்குடலுடன் இணைத்து மாற்றுவழி ஏற்படுத்துவதும் ஒருவித தற்காலிகச் சிகிச்சையாகும். அத்தகையோருக்கும் நிரந்தர சிகிச்சை அளிக்க மீண்டும் ஒரு அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படும்.

குடலேற்றம் (Intussusception)

குடலின் ஒரு பகுதி முன்னேறி அதை அடுத்துள்ள பகுதியினுள் ஏறுவதுதான் குடலேற்றம் ஆகும். பெரும்பாலும் ஒரு வயதுக்குக் குறைந்த குழந்தைகளுக்கே இது அதிக அளவில்

காணப்படுகிறது. பெண் குழந்தைகளை விட ஆண் குழந்தைகளே அதிகம் பாதிக்கப்படுகின்றனர். உணவில் மாற்றம் ஏற்படும்போது சிறுகுடலின் கடைப்பகுதியின் சுவரில் உள்ள நிணநீர்த்திசுத்திரள்களில் வீக்கம் உண்டாகி வீங்கிய பகுதி குடல் அசைவில் நகர்ந்து அடுத்த பகுதிக்குள் செல்வதால் குடலேற்றம் உண்டாகிறது. பெரியவர்களுக்குச் சிறு புற்றுநோய்க் கட்டிகள், அல்லது தொங்கு தசைக் கட்டிகள் (Polyps) மெக்கல்ஸ் டைவர்டிகுலம் முதலியவற்றுலும் இது ஏற்படலாம். சிறுகுடல், பெருங்குடல் இவைகளில் எங்கு வேண்டுமானுலும் இது ஏற்படலாம்.

குழந்தைகளுக்கு இது ஏற்படும்போது தாங்கமுடியாத வலியினுல் குழந்தை அழும். சில நிமிடங்களுக்குப் பிறகு வலி நீங்குவதால் அமைதியடையும். ஒவ்வொருமுறையும் குடல் அசைவு ஏற்படும்போது திரும்பவும் வலி உண்டாகும். பெரியவர்களுக்கும் அவ்வாறே வலி விட்டுவிட்டு வரும். வலி உள்ள சமயத்தில் சோதனை செய்தால் வயிறு சாதாரணமாகவே இருந்தாலும் குடல் ஏறியுள்ள இடத்தில் ஒரு கட்டி தென்படும். குடலேற்றம் பெரும்பாலோருக்குச் சிறுகுடல் பெருங்குடல் சந்திப்பில் ஏற்படுவதால் வலது கீழ்ப்புற வயிறு காலியாக இருப்பதுடன் ஈரலுக்குக் கீழே ஒரு கட்டியும் இருக்கும். ஏறிய குடல் அப்படியே நின்றுவிடுமாயின் கொஞ்சம் கொஞ்சமாகக் குடல் அடைப்பிற்கான குணம் குறிகள் உண்டாகும். இரத்தம் கலந்த சளிபோன்று மலம் போகும். கழிவாயில் விரல்விட்டுச் சோதிக்கும்போதும் அவ்விதச் சளி விரலில் படிவதை அறியலாம். குடலேற்றம் மலக்குடல் வரை இருக்குமாயின் சோதனை செய்யும் விரலினுல் அதைத் தொட்டு அறியமுடியும். பேரியம் எனிமா படம் எடுத்தால் பெருங்குடலில் குடலேற்றம் இருப்பது நன்கு விளங்கும். அடிக்கடி இரத்தம் கலந்த சளிபோன்ற மியூக்கஸ் வெளியேறுவதால் இதனைச் சீதபேதியினின்று பிரித்தறிவது அவசியம்.

சிகிச்சை: சில சமயம் பேரியம் எனிமா கொடுப்பதால் பெருங்குடல் குடலேற்றம் தானுகவே சரியாகி விடுவதும் உண்டு. ஆனுல் குடலேற்றத்திற்கு அறுவைச் சிகிச்சைதான் தகுந்த சிகிச்சையாகும். வயிற்றைத் திறந்து, ஏறிய குடலைக் கைகளாலேயே மெதுவாக அழுத்தி வெளியே எடுத்து விடலாம். அப்படி எடுக்க முடியாமல் போனுல் அப்பகுதியை நீக்கி மீதமுள்ளவற்றுக்கு இணைப்புக் கொடுக்க வேண்டும். சுலபமாக எடுத்துவிட முடிந்தாலும் குடலேற்றத்திற்குக் காரணமாய்

இருந்த புற்றுநோய்க் கட்டி, தொங்குதசை, மெக்கல்ஸ் டைவர்டிகுலம் முதலியன இருந்தால் அப்பகுதியை நீக்குவதே சிறந்ததாகும்.

குடற்சுற்று (Volvulus)

குடல் சில சமயம் தன்னைத்தானே சுற்றிக்கொள்வதால் இவ்விதக் குடல் அடைப்பு ஏற்படுகிறது. இது குடலின் ஒரு பகுதி எங்காவது ஒட்டிக்கொண்டிருந்தாலும், அல்லது குடல் தாங்கி (Mesentary) அதிக நீளமாக இருந்தாலும் ஏற்படும். இதனால் குடலுக்குச் செல்லும் இரத்தக்குழாய்கள் இறுக்கப் படுவதால் இரத்த ஓட்டம் நின்று குடல் அழுகவும் ஏதுவாகிறது.

குடற்சுற்றுப் பொதுவாக சிக்மாய்ட் பெருங்குடல் வளைவு, சிறுகுடல், சீக்கம் ஆகிய இடங்களில் ஏற்படும். இதனால் வலி யுடன் அடைப்பிற்கான மற்றக் குணம் குறிகளும் இருக்கும்.

இதற்கான சிகிச்சை அறுவைச் சிகிச்சைதான். வயிற் றைத் திறந்து சுற்றிக் கொண்டுள்ள குடலை எடுத்துவிட லாம். அந்தப் பகுதி அழுகாமல் இருந்தால் அப்படியே விட்டு விடலாம். அத்துடன் மீண்டும் சுற்றிக் கொள்ளாமல் இருக்க அந்தப் பகுதியை வயிற்றுச் சுவருடன் சேர்த்துத் தைத்து விடலாம். அழுகியிருந்தால் அப்பகுதியை நீக்கி மற்றவற்றை இணைத்து விடலாம். முதல்முறை சுற்றை மட்டும் எடுத்து விட்டவர்களுக்கு மீண்டும் குடற்சுற்று ஏற்பட்டால் அப் பகுதியை அவசியம் நீக்கிவிட வேண்டும். சிறுகுடலின் குடற் சுற்றுப் பெரும்பாலும் முந்திய அறுவைச் சிகிச்சை, பெரிடோனி யத்தின் அழற்சி இவைகளால் பல இடங்களில் ஏற்படும் நார்த்தசை ஒட்டுக்களால் உண்டாவதால் அவைகளைப் பிரித்து விடவேண்டும்.

மண்ணீரல் சிதைவு (Rupture Spleen)

விபத்துக்களில் இடது விலாப்புறம் பலமாக அடிபடுவ தால் மண்ணீரலில் வெடிப்பு உண்டாகி, சிதைகிறது. மலேரியா, காலாசார் போன்ற பலவித ஒட்டுண்ணி நோய்களால் (Parasitic Disease) பெரிதும் விக்கமடைந்துள்ள மண்ணீரல் சில சமயம் தானுகவே வெடித்து விடுவதும் உண்டு.

இதன் குணம் குறிகள் வெடிப்பின் அளவைப் பொறுத்து மாறுபடும். பெரிய வெடிப்பாயிருந்தால் அதிக அளவில்

இரத்தம் வெளிப்பட்டு வயிற்றுக்குள் சேருவதால் நோயாளி திடீரென வெளுத்துக் காணப்படுவதுடன் உடனடி அதிர்ச்சிக்கு (Shock) ஆளாகிறார். நாடித்துடிப்பு அதிகரித்து, இரத்த அழுத்தம் வரவரக் குறைத்து விரைவில் மோசமான நிலைக்கு வந்துவிடும். வெடிப்புக் குறைந்த அளவில் இருந்தால் அது உடனடியாக வெளிப்படாமல் குணங்குறிகள் மெதுவாக ஏற்படும்.

வயிற்றில் இடது மேல்புறத்தில் வலி இருப்பதுடன் இடது தோள்பட்டைப் பகுதியிலும் வலி தென்படும். வயிற்றை அழுத்திச் சோதிக்கும்போது வயிறு முழுவதும் வலி இருப்பதுடன் இடது மேல்புறம் அதிகமாக இருக்கும். அந்த இடம் தசைகளின் இறுக்கத்தால் கெட்டியாக இருக்கும். சாதாரண எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தால் அதில் இடது மேல்புற வயிற்றுப் பகுதி அடர்த்தியாகவும், இடதுபுற விதானம் மேலே நகர்ந்தும், மண்ணீரலுக்கு நேரே உள்ள விலா எலும்புகள் உடைந்திருப்பதும், இரைப்பையிலுள்ள காற்று வலப்புறம் தள்ளப்பட்டும், பெருங்குடல் காற்று, கீழே நகர்ந்தும் இருப்பது தெரியவரும்.

மண்ணீரல் சிதைவுண்டிருப்பதை அறிந்த உடனேயே இழந்த இரத்தத்தை ஈடுசெய்தல், வலி நீக்கும் பெத்திடின், மார்பியா போன்ற ஊசிகளைப் போடுதல், உடனடி அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளுதல் ஆகியவற்றைச் செய்ய வேண்டும். அறுவைச் சிகிச்சையில் சிதைவுண்ட மண்ணீரலை நீக்கிவிட வேண்டும். அத்துடன் வயிற்றினுள் சேர்ந்து உறைந்துள்ள இரத்தத்தையும் அப்புறப்படுத்த வேண்டும்.

நோய்நுண் அணுக்களால் உண்டாகும் குடல் நோய்

சீதபேதி : ஷீகல்லா இனத்தைச் சேர்ந்த நுண் அணுக்கள் உட்கொள்ளும் உணவுடனோ, தண்ணீர் மற்றும் பானங்களுடனோ கலந்து குடலுக்குள் செல்வதால் சீதபேதி உண்டாகிறது. இவ்வணுக்கள் உள்ளே சென்று 2 முதல் 7 நாட்களுக்குள் ஒன்று பலவாகப் பெருகிப் பெருங்குடலில் அழற்சியை உண்டாக்குகின்றன. குடலின் உட்பகுதி புண்ணாகி இரத்தக் கசிவு, சளிபோன்ற மியூக்கஸ் வடிதல் முதலியன ஏற்படும். விட்டுவிட்டு வயிற்றுவலி, பேதி, சீதம், இரத்தங் கலந்த பேதி ஆகியவையும் இருக்கும். போகப்போக மலக்கலப்பு இல்லாத தனி இரத்தம் சீதத்துடன் ஒரு நாளைக்கு 20 முறைகூடப் பேதியாக வெளியேறும். இத்துடன் இலேசான காய்ச்சலும் இருக்

கும். தீவிரமாகப் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு விரைவில் உடலி லுள்ள நீர், மின்பகு பொருள்கள் முதலியன குறைந்து மிகுந்த அதிர்ச்சியும் ஏற்படுவதுண்டு.

இந்நோயை எளிதில் கண்டறியலாம். தக்க மருந்துகளைக் கொடுத்தே குணப்படுத்தலாம்.

டைபாய்டு காய்ச்சல்: இந்நோயில் உடலில் பலவித மாறுதல்கள் ஏற்பட்டாலும் சிறுகுடலில் ஓட்டை விழுதல், பித்தப்பையில் சீழ்பிடித்தல் போன்ற விளைவுகள் அறுவைச் சிகிச்சையைப் பொறுத்தவரை முக்கியமானவையாகும். பல மேல்நாடுகளில் 'டைபாய்டு' காய்ச்சல் அறவே ஒழிக்கப் பட்டிருப்பினும் நம் நாட்டில் இந்நோய் இன்னும் ஆண்டு முழு வதும் இருந்து வருகிறது. இதில் சிறுகுடலின் கடைப்பகுதி மிகவும் பாதிக்கப்படுகிறது. அப்பகுதியில் உள்ள நிணநீர்த் திசுத்திரள்கள் முதலில் விங்கி, பிறகு அந்த இடத்தில் புண் உண்டாகி, புண் ஆழமாகி ஓட்டைவிழுகிறது. பொதுவாக, காய்ச்சல் ஆரம்பித்து மூன்ருவது வாரத்தில்தான் இவ்விளைவு ஏற்படுகிறது. சிலருக்கு ஒரே சமயத்தில் குடலில் பல இடங் களில் ஓட்டை விழுவதும் உண்டு.

டைபாய்டு காய்ச்சல் உள்ள நோயாளிக்குத் திடீரென அடிவயிற்றில் வலி ஏற்பட்டால் குடலில் ஓட்டை விழுந்திருக் கலாம் என்று சந்தேகிக்கலாம். அப்படி ஏற்படும் வலி வர வர அதிகமாகும்; வயிறு உப்பும்; நோயாளியின் நிலைமையும் மோசமாகும். அத்தகைய நோயாளியை உட்காரவைத்தோ, முடிந்தால் நிற்க வைத்தோ வயிற்றுப்பகுதியை எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தால் விதானத்தின்கீழ், காற்றுத் தேங்கி இருப்பது தெரியும், ஆனல் சிலருக்கு இல்லாமலும் இருக்கலாம். பரிசோதனையில் அடிவயிற்றில் வலியும், சில சமயம் வயிற்றுச் சதை கெட்டியாக இருப்பதும் தெரியவரும். வயிற்றினுள் நீர் சேர்ந்திருப்பதை வயிற்றைத் தட்டிப்பார்த்தும், கழிவாயில் விரல்விட்டுச் சோதித்தும் அறியலாம்.

இந்நிலையில் அறுவைச் சிகிச்சை ஒன்றுதான் பயனளிக்கக் கூடியது. அப்படித் தக்க சமயத்தில் அறுவைச் சிகிச்சை செய் தும் 40 சதவிகித நோயாளிகள் உயிரிழக்கிருர்கள். ஏனெனில் டைபாய்டு காய்ச்சலினல் அவர்களின் உடல்நலம் பெரிதும் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதால் அவர்களது தாங்கும் சக்தி மிகவும் குறைந்து விடுகிறது. மேலும் டைபாய்டு நுண் அணுக்களின் நச்சுப்பொருள்கள் தொடர்ந்து இரத்தத்தில் இருந்து வருவதால்

சிகிச்சை பலனளிப்பதில்லை. மேலும் ஓட்டை விழுந்த குடலின் பகுதி மிகவும் பாதிக்கப்பட்டிருக்குமாதலால் அதில் போடப்படும் தையல் நிலைப்பதில்லை.

அறுவைச்சிகிச்சையில் ஓட்டை விழுந்த இடத்தைத் தைய லிட்டு மூட வேண்டும். பல இடங்களில் ஓட்டை விழுந்திருந் தால் குடலின் அந்தப் பகுதி முழுவதையும் நீக்கி மற்றவற்றை இணைக்கவேண்டும்.

பித்தப்பையில் சீழ்பிடிப்பது டைபாய்டு காய்ச்சலில் ஏற்படும் ஒரு ஆபத்தான விளைவாகும். இதற்கான குணம் குறிகள், சிகிச்சை முறை, யாவும் பித்தப்பை அழற்சிக்கானவை போன்றே ஆகும்.

காசநோய் நுண்ணணுக்களால் ஏற்படும் குடல்நோய்

காசநோய் நுண்ணணுக்கள் வயிற்றில் பல பாகங்களைப் பலவிதங்களில் பாதிக்கின்றன. பெரிடோனியம் மட்டும் பாதிக்கப்பட்டால் வயிற்றில் நீர் சேர்ந்து வயிறு பருத்துக் காணப்படும். ஓமென்டம் சுருங்கி ஒருகட்டிபோல் ஆகி விடும். வயிற்றிலுள்ள நிணநீர்க் கட்டிகளைக் காசநோய் நுண் ணணுக்கள் தாக்கினல் அவை பெருத்து, சிலசமயம் சீழ்க்கட்டி களாகவும் மாறும். சிறுகுடலில் பல இடங்களில் புண் உண்டாகி அவை ஆறும்போது அந்த இடத்தில் நார் அணுக் கள் பரவுவதால் சுருக்கங்கள் ஏற்பட்டு நாளடைவில் அடைப்பை உண்டாகும். அத்தகையோருக்கு நுரை யீரலிலும் காசநோய் இருக்கக்கூடும்.

பெருங்குடலில் காசநோய் நுண்ணணுக்கள் எந்த இடத்தை யும் பாதிக்கலாம் என்றாலும் சிறுகுடல், பெருங்குடல் சந்திப்பு பகுதியான இலியோ சீக்கல் பகுதிதான் பலருக்குப் பாதிக்கப் படுகிறது. பெருங்குடல் உட்பகுதியில் மணற்கழலைத் திசுக்கள் (Granulomatious tissue) வளர்ந்து அதன் உட்பகுதியை அடைத்துக்கொள்ளும். இதனல் குடல் அடைப்புத் தோன்றி கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அதிகமாகி ஒருநாள் சுத்தமாகவே அடைத்துக்கொள்ளும்.

குணங்குறிகள் : வயிற்றில் காசநோய் உள்ளவர்களுக்குப் பசியின்மை, வயிறு உப்புதல், அடிக்கடி பேதி, மாலை நேரத்தில் லேசான காய்ச்சல், உடல் எடைக்குறைவு முதலியன ஏற்படும். அடைப்பு ஏற்படும்போது அவ்வப்போது வலியும் உண்டா கும். சோதனையின்போது வயிற்றை அமுக்கினல் பிசைந்த

7

மாவு அல்லது மென்மையான இரப்பர் இவைகளை அமுக்குவது போல் தோன்றும். பல இடங்களில் கட்டிகள் தென்படலாம். தட்டிப்பார்த்தால் வயிற்றினுள் நீர் சேர்ந்திருப்பது தெரியும். அடைப்பு இருப்பின் குடல் வளைவுகள் விரிவடைந்து அதன் அசைவு (Peristalsis) நன்ருகக் கண்ணுக்குப் புலப்படும். இலியோ சீக்கல் பகுதி பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் அடிவயிற்றின் வலதுபுறம் கட்டியிருப்பது தெரியும். பேரியம் எனிமா எக்ஸ்ரே படம் எடுத்தால் சீக்கத்திற்குள் அடைப்பு இருப்பதும், அது மேலே நகர்ந்து இருப்பதும் நன்கு தெரியும். நெஞ்சுப்பகுதி எக்ஸ்ரே படத்தில் நுரையீரலில் காசநோய் உள்ளவர்களுக்குச் சிறுகுடல்தான் பாதிக்கப்படுகிறது.

சிகிச்சை : வயிற்றில் ஏற்படும் காசநோய்க்குக் காசநோய் மருந்துகள் கொடுத்துத்தான் சிகிச்சை செய்யவேண்டும். சிறு குடல் அல்லது பெருங்குடலில் அடைப்பு ஏற்படும்போதுதான் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. பெரும்பாலான நோயாளிகளில் இது அநேகமாக அவசர அறுவைச் சிகிச்சை யாகவும் முடிவதுண்டு. சிறுகுடலில் சுருக்கம் அல்லது சுருக்கங் கள் இருப்பின் அப்பகுதியை நீக்கிவிட்டு மீதமுள்ள பகுதிகளை இணைத்துவிட வேண்டும். நீக்க முடியாமல் போனல் சுருக்கத் திற்கு முன்னும், பின்னும் உள்ள பகுதிகளை இணைத்து உணவுப் பாதைக்குக் குறுக்குவழி ஏற்படுத்தலாம். இலியோ சீக்கல் காசநோயில் முழு அடைப்பு ஏற்படுமுன் நோயைக் கண்டறிந்தால் ஒன்று அல்லது இரண்டு வாரங்களுக்குக் காச நோய் மருந்துகளைக் கொடுத்து, சிகிச்சை அளித்தபிறகு அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொண்டு வலதுபுறப் பெருங் குடலை (Right hemicolectomy) அகற்றவேண்டும். அதன் பிறகு இலியத்தை மீதமுள்ள குறுக்குப் பெருங்குடலுடன் இணைத்து விட வேண்டும். முழு அடைப்பு ஏற்பட்டு அவசர அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ள வேண்டியிருந்தால் பாதிக்கப்பட்ட இடத்தை நீக்கி மீதமுள்ளதை இணைப்பதா? அல்லது நீக்கா மலே முன்னும் பின்னும் உள்ள பகுதிகளை இணைத்து மாற்று வழி அமைப்பதா என்பதை நோயாளியின் தாங்கும் சக்தி யைப் பொறுத்து முடிவு செய்து அதன்படி செய்ய வேண்டும். அறுவைச் சிகிச்சை செய்யப்பட்டவர்களுக்கும் காசநோய் மருந்துகளை $1\frac{1}{2}$ முதல் 2 ஆண்டுகள் வரை தொடர்ந்து கொடுத்து வரவேண்டும்.

அமீபியாசிஸ்

அமீபா என்னும் ஒட்டுண்ணி பெருங்குடலில் தங்கி, பல இடங்களில் புண்கள் ஏற்படுத்தி, சீதபேதியும், வயிற்றுவலியும்

உண்டாக்கும். இதனால் ஒருமுறை பாதிக்கப்பட்டவர்கள் தக்க சிகிச்சை பெறுவிடில் அமீபா பெருங்குடலிலேயே தங்கி, சீரணக் கோளாறு, வயிற்றுவலி, விட்டுவிட்டு சீதபேதி முதலியன ஏற்படலாம். அப்படி நாட்பட்ட பாதிப்பு உள்ளவர்களுக்குப் பெருங்குடலில் எந்த இடத்திலும் மணற்கழலை (Granuloma) ஏற்படலாம். அவ்வித மணற்கழலையினால் குடல் அடைப்பு ஏற்படக்கூடும். சிலருக்குப் பெருங்குடல் அதிக அளவில் புண்ணாகி, சில இடங்கள் அழுகி ஓட்டைவிழுந்து உயிருக்கே ஆபத்தும் உண்டாகலாம். சிலருக்கு அமீபா இரத்தக்குழாய் வழியாகக் கல்லீரலை அடைந்து அதில் சீழ்க்கட்டி ஏற்படுவதும் உண்டு. இதுபற்றி முன்பே விவரிக்கப்பட்டுள்ளது.

அமீபியாசிஸ் நோயை மலப்பரிசோதனை மூலம் எளிதில் அறிந்து கொள்ளலாம். இந் நோயை மருந்து கொடுத்தே குணப்படுத்த முடியும். மணற்கழலை கூட மருந்துகளினால் கரைந்து மறைந்து விடுவதும் உண்டு. அதனால் முழு அடைப்பு ஏற்படும்போதும், பெருங்குடலின் பகுதி அழுகி ஓட்டை விழும் போதும் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படுகிறது. அறுவைச் சிகிச்சையில் பாதிக்கப்பட்ட பகுதியை நீக்கி மற்றவற்றை இணைக்க வேண்டும். அவ்விதச் சிகிச்சைக்குப் பின்னும் அமீபாவை அழிக்கக்கூடிய மருந்துகளைத் தொடர்ந்து கொடுத்து வர வேண்டும்.

குரோன்ஸ் நோய் (Chron's disease)

இந் நோய் சிறுகுடலின் கடைப்பகுதியான இலியத்திலும், பெருங்குடலின் ஆரம்பப் பகுதியிலும் தனியாகவோ அல்லது இரண்டு இடங்களிலும் சேர்ந்தோ ஏற்படும். இதற்குப் பகுதி சிறுகுடல் அழற்சி (Regional ileitis) வலதுபுறப் பெருங்குடல் அழற்சி, பகுதிப் பெருங்குடல் அழற்சி, மணற்கழலைப் பெருங்குடல் அழற்சி என பல பெயர்கள் இருந்தாலும் குரோன்ஸ் நோய் என்று அழைப்பதே சிறந்ததாகும். இந்நோய் மேல்நாடுகளில்தான் அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. நம் நாட்டில் மிகவும் அரிதாக ஓரிருவருக்கு ஏற்படலாம்.

இந்நோயின் காரணம் இதுவரை அறியப்படவில்லை. ஒரு குடும்பத்தில் தலைமுறை தலைமுறையாகப் பலருக்கு வருவதுண்டு, 10 முதல் 30 வயது வரை உள்ளவர்களே அதிகமாகப் பாதிக்கப்பட்டாலும் எந்த வயதிலும் இந்நோய் வரக்கூடும். பால் பாகுபாடு இன்றி ஆண் பெண் இருவருக்கும் சம அளவில் ஏற்படுகிறது,

நோய் இயல்பு : குடலில் ஆங்காங்கு கடுமையான அழற்சி ஏற்பட்டு குடல்சுவர் தடித்துவிடுகிறது. இத்துடன் பாதிக்கப் பட்ட இடத்தைச் சார்ந்த நிணநீர்க்கட்டிகளும் பெருத்துவிடு கின்றன. நோய்வாய்ப்பட்ட குடலின் குறுக்களவு மிகவும் குறைந்து விடுவதுடன் அப்பகுதி அருகிலுள்ள குடல்வளைவு களுடன் பல இடங்களில் ஒட்டிக்கொண்டு இணைப்புத் துளை களும் ஏற்படலாம். பொதுவாக இது ஒரு நாட்பட்ட நோயா யினும் அவ்வப்போது தீவிரமடையக்கூடும்.

இந்நோயில் வயிற்றுவலி, பேதி, சீதபேதி இவை இருக் கும். பெருங்குடலின் கடைப்பகுதியும், மலக்குடலும் பாதிக் கப்பட்டால் இரத்தப்போக்கு அதிகமாகும். இத்துடன் பல வீனம், சோம்பல், பசியின்மை, உடல் எடைக்குறைவு யாவும் ஏற்பட்டு, கொஞ்சம் கொஞ்சமாக அதிகரிக்கும். குடலில் சுருக்கம் உண்டானல் வாந்தியும் குடல் அடைப்பிற்கான மற்ற குணம்குறிகளும் ஏற்படலாம்.

நோய் அறிதல்: நோயாளி சிறு வயதினராகவும், வயிற்றுவலி, பேதி கழிவாயில் இரத்தப்போக்கு ஆகிய வற்றுடன் பலவீனமும் சேர்ந்திருந்தால் இந்நோய் இருக்கும் எனச் சந்தேகிக்கலாம். சிலருக்கு அண்மைக்கால உடல் எடைக்குறைவு, இலேசான காய்ச்சல், சோகை, சிவப்பணு படிவுத்திறன் (E S R) அதிகரித்தல் முதலியன இருக்கும். வயிற்றைக் கையினல் அமுக்கிச் சோதிக்கும்போது வலியுள்ள தடித்த குடல்வளைவுகள் அல்லது பாதிக்கப்பட்ட இடத்தில் கட்டிகள் தென்படும். பொதுவாக இவை யாவும் அடி வயிற்றின் வலதுபுறத்தில் இலியோ சீக்கல் சந்திப்புப் பகுதி யில் இருக்கும். ஒரு சிலருக்கு வயிற்றுச்சுவர் வழியாகக் குடலுக்கு இணைப்புத்துவாரம் காணப்படுவதும் உண்டு. கழிவாயைச் சுற்றி நாட்பட்ட புண்கள், சீழ்க்கட்டிகள், அல்லது பவுத்திரம் (Fistula in Ano) எனப்படும் பல இணைப்புத்துவாரங்களும் இருக்கக்கூடும். கழிவாயில் விரல் விட்டு, சோதித்தால் மலக்குடல் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு அதன் உட்பகுதியில் விக்கம் இருப்பதும் சுருக்கம் ஏற்பட் டிருப்பதும் தெரியவரும். 'சிக்மாய்டாஸ்கோப்' மூலம் சோதித் துப் பார்த்தால் பெருங்குடலில் பல இடங்களில் புண்களும் நடு நடுவே தடித்த சிறு கட்டிகள் போன்று குடல் சுவர் இருப்பது தெரியும். இவைகளுக்கு நடுவில் எந்தவிதத்திலும் பாதிக்கப் படாத பகுதிகளும் ஆங்காங்கே காணப்படும். பாதிக்கப்

பட்ட பகுதியிலிருந்து சிறிது சதையெடுத்து சோதித்தால் இதன் மாறுபட்டதன்மை நன்கு விளங்கும்.

இந் நோயில் எக்ஸ்ரே படம் உதவிகரமாக இருக்கும். பெருங்குடலும், சிறுகுடல் இறுதிப்பகுதியும் பாதிக்கப்பட்டவர்களுக்கு பேரியம் எனிமா படம் எடுக்கலாம். இதில் பேரியம் இலியோசீக்கல் வால்வைத் தாண்டி இலியத்திற்குள்ளும் போகும். பாதிக்கப்பட்ட இடங்களின் உட்பகுதி சுருங்கியும் கரடுமுரடான பரப்பைக் கொண்டதுமாகவும் இருக்கும். சிக்மாய்டு பெருங்குடலில் திரள் திரளாகச்சதைவளர்ச்சி இருப்பதும் தெரியும். இதற்கு 'காபிள்ஸ்டோன்' தோற்றம் என்று பெயர். குடலில் தோன்று மாற்றங்கள் விட்டுவிட்டுப் பல இடங்களில் இருக்குமாதலால் பேரியத்தை வாய்வழியே கொடுத்துவிட்டு எக்ஸ்ரே ஸ்கிரீனிங் மூலம் அதைத் தொடர்ந்து பார்த்துக் கொண்டே போய் பாதிக்கப்பட்ட இடம் வரும்போதெல்லாம் படம் எடுத்தால்தான் அது எங்கெங்கே பாதித்திருக்கிறது என்பதையும் குடலின் ஒரு பகுதியிலிருந்து மற்றொரு பகுதிக்கு இணைப்புத் துவாரங்கள் ஏற்பட்டு இருப்பதையும் நன்கு அறிந்து கொள்ள முடியும். அப்படிச் சரியான முறையில் எடுக்கப்பட்ட படங்களில் குடலின் உட்புறத்தில் ஏற்படும் சிறு வெடிப்புகள் கூட தெளிவாகத் தெரியும்.

இந் நோயை சந்தேகமற அறிவதற்கு நோயுற்ற பகுதிகளிலிருந்து சிறிது சதை எடுத்து சோதிக்கவேண்டும். அதில் ஏற்பட்டுள்ள மாறுதல்கள் காசநோய்த் திசுக்களில் காணப்படுவது போலவே இருப்பினும் 'கேசியேஷன்' இருக்காது. மேலும் குரோன்ஸ் நோயில் 'சார்காய்டு ரியாக்ஷன்' நிச்சயமாக இருக்கும்.

சிகிச்சை முறை: போதிய ஓய்வு, அதிக மலம் உண்டாகாத உணவு இவை அவசியம். சோகையைப் போக்க இரத்தம் செலுத்தல், இரும்புச்சத்து, வைட்டமின் 12, போலிக்ஆசிட் முதலியவற்றைக் கொடுக்க வேண்டும். வயிற்றில் வலி ஏற்படும்போது 'அட்ரோபின் சல்பேட்' போன்ற மருந்துகளை ஊசிவழி செலுத்தவேண்டும். கார்டிசோன் மருந்தை தினமும் 40 முதல் 60 மில்லிகிராம் வரை கொடுத்தால் நல்ல பயனளிக்கும். நோய் ஒருவாறு கட்டுப்படுத்தப்பட்ட பிறகு கார்டிசோனின் அளவைக் குறைத்துக்கொள்ளலாம். பெருங்குடல் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் கார்ட்டுசோதனை எனிமாகவாக கொடுப்பதால் நல்ல பயனளிக்கும். 'சல்பா சாலசின்' என்னும்

மருந்து தினமும் 1 கிராம் 4 முறை கொடுத்துவந்தால் நல்ல பயனளிக்கும் என்று நம்பப்படுகின்றது.

அறுவைச் சிகிச்சை: அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பின்னும் இந்நோய் திரும்ப வரக்கூடிய ஏது இருப்பதால் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ள வேண்டிய அவசியம் இருந்தாலொழிய அதைச் செய்யாமல் இருப்பது நல்லது. பெரும்பாலும் பூரணகுடல் அடைப்பு, இணைப்புத் துவாரங்கள், சீழ்க்கட்டிகள் ஆகிய விளைவுகள் ஏற்பட்டால்தான் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளவேண்டிய அவசியம் ஏற்படும். அறுவைச் சிகிச்சையின்போது பாதிக்கப்பட்ட இடத்தை நீக்கி மற்றப் பகுதிகளை இணைப்பது அல்லது நீக்காமலேயே மாற்றுவழி அமைப்பது ஆகிய முறைகள் கையாளப்படுகின்றன. நோயுள்ள பகுதியை நீக்குவதே இதில் சிறந்த முறையாகும். குடலின் பல பகுதிகள் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் அறுவை சிகிச்சை அவ்வளவாகப் பலன் அளிப்பதில்லை.

பெருங்குடல் புண் அழற்சி (Ulcerative Colitis)

இந்நோயின் குணங்குறிகள் குரோன்ஸ் நோய் போன்றே காணப்படினும் பலவகையில் அதனின்று மாறுபட்டிருக்கும். இதில் பெருகுடலின் பெரும்பகுதி தீவிர அழற்சிக்குட்படும். முதலில் மலக்குடலில் தோன்றி, கொஞ்சம் கொஞ்சமாக மேலே பரவி இலியோசீக்கல் வால்வுவரை பரவும். பெருங்குடலின் உட்பகுதி புண்ணுவதுடன் குடல் சுவரில் பலவித வெள்ளணுக்கள் அடர்ந்து காணப்படும். குடலின் உட்புற மடிப்புகளில் ஆங்காங்கே சிறு சீழ்க்கட்டிகள் ஏற்படுவதுண்டு. அப்படி ஏற்பட்ட புண்கள் ஆறும்போது குடலின் உட்பரப்பில் சிறு முடிப்புகள் போன்ற திசு வளர்ச்சி ஏற்படும். நாட்பட்ட நோயில் குடல் சுவரிலுள்ள தசைகளும் பாதிக்கப்பட்டு நார் அணுக்கள் மிகுவதால் அதன் சுருங்கி விரியும் தன்மை குறைந்துவிடும்.

இந்நோய் எந்த வயதிலும் ஏற்படலாம். பெரும்பாலும் 15 முதல் 30 வயதுள்ளவர்களுக்கும், பெண்களுக்கும் அதிகமாக உண்டாகிறது. சில குடும்பங்களில் பலர் பாதிக்கப்படுவதும் உண்டு. குரோன்ஸ் நோயைப் போன்றே இதுவும் மேல்நாடுகளில்தான் அதிகமாக உள்ளது. நம் நாட்டில் அவ்வளவாகக் காணப்படுவதில்லை.

இந்நோயின் காரணம் இதுவரை திட்டவட்டமாக அறியப் படாவிட்டாலும் இது ஒரு ஆட்டோ இம்மியூன் நோய் (Auto-immune disease) என்று நம்பப்படுகிறது. இருப்பினும் கீழ்க் கண்டவைகளில் ஏதேனும் ஒன்று காரணமாக இருக்கலாம் என்றும் சிலர் கருதுகின்றனர் :

1. பால் அருந்துவதால் ஏற்படும் ஒவ்வாமை
2. மனநிலைக் கோளாறுகள்
3. ஆட்டோ இம்மியூன் நோய்
4. இனந்தெரியாத பொருள்களுக்கு ஏற்படும் ஒவ்வாமை
5. பலவித நோய் நுண்ணணுக்களால் ஏற்படும் அழற்சி

குணங்குறிகள்

இந் நோயில் பேதி, சீதபேதி ஆகியன அடிக்கடி ஏற்படும். வயிற்றுவலி இருந்தாலும் அவ்வளவு கடுமையாக இருக்காது. சோகை, உடல் எடைக்குறைவு முதலியன இருக்கும். வயிற்றை அழுத்தி, சோதனை செய்யும்போது பெருங்குடல் பகுதிகளில் ஓரளவு வலி இருப்பதைத் தவிர வேறு எவ்வித மாற்றமும் தெரிவதில்லை. 'சிக்மாய்டா ஸ்கோப்' மூலம் சோதித்துப் பார்க்கும்போது மலக்குடல் மற்றும் பெருங்குடலின் உட்புறத் தில் தொடர்ந்து அழற்சி இருப்பது தெரியவரும். இந்நோயின் தீவிரத்திற்கேற்ப அதன் தோற்றம் மாறுபடும். ஆரம்ப காலத் யில் இலேசான வீக்கமும் கரும் சிவப்பு நிறத்துடனும் காணப் படும். ஓரளவு தீவிரமான பிறகு குடலின் உட்புறம் மணலைப் பரப்பியதுபோல மேடு பள்ளங்களாகக் காணப்படுவதுடன் ஆங்காங்கே இரத்தக் கசிவும் தோன்றும். மிகத் தீவிரப் பாதிப் பில் அதிக அளவில் இரத்தம் கசிவதுடன் பல இடங்களில் சீழ்க் கட்டி இருப்பதும் தெரியும். அவ்வாறு சோதிக்கும்போது சிறிது சதை எடுத்து, சோதனை செய்வதின் மூலம் இந் நோயை நன்கு அறிந்துகொள்ளலாம். பேரியம் எனிமா எக்ஸ்ரே இந் நோயைக் கண்டறிய மிகவும் உதவிகரமாக இருக்கும். ஆரம்ப கால நோயில் எடுக்கும் படத்தில், நல்ல நிலையிலுள்ள பெருங் குடலில் தோன்றும் குறுக்குக் கோடுகள் இருக்கா. நாட் பட்ட நோயில் உட்புறத்தில் நீட்டிக்கொண்டிருக்கும் திசு முடிச்சுகளால் (Pseudopolyps) (பெருங்குடலின் உள்தோற்றம் மேடுபள்ளங்கள் நிறைந்ததாகக் காணப்படும்) முற்றிய நோயுள்ள நிலையில் பெருங்குடல் இரும்புக் குழாய் போன்று வளைவு நெளிவு இன்றி நேர்கோடாகக் காணப்படும்.

மிகத் தீவிர நோய் உள்ளவர்களுக்குக் கடுமையான சோகையுடன் உடல் மிகவும் இளைத்துக் காணப்படும். உடலில் புரதச் சத்து, நீர், மின் பகு பொருள்கள் மிகவும் குறைந்திருக்கும். குறிப்பாக பொட்டாஷியம் குறைவதால் உடல் சோர்வு அதிகமாகும்.

நாட்பட்ட நோயாளிகளுக்குக் குடலில் உண்டாகும் மாறுதல்களுடன் உடலின் மற்றப் பாகங்களும் பாதிக்கப்படுகின்றன. தோல், மூட்டுகள், முதுகெலும்பு, கல்லீரல், கண் முதலியனவும் பாதிக்கப்படுகின்றன. சருமத்தில் எரித்திமா நொடோசம் (Erythema Nodosum) ஏற்படுவதுடன் ஓர் இடத்தில் சீழ்க்கட்டி ஏற்பட்டு விரைவில் பரவி, தோலே அழுகிவிடுவதும் உண்டு. (Pyoderma gagrenosum) மூட்டுகளில் வீக்கம், வலி ஏற்படும். முதுகெலும்புகள் ஒன்றோடொன்று ஒட்டிக் கொள்வதால் அசைவற்று, முன்புறம் வளைந்து காணப்படுவதுடன் குனியவோ நிமிரவோ, வளையவோ முடியாமல் போய் விடும். கால் கைகளிலுள்ள விரல்களின் நகக்கணுக்கள் பருத்து காணப்படும். கல்லீரலில் வீக்கம், சீழ்க்கட்டி, பித்தப் பாதையில் புற்றுநோய் முதலியன ஏற்படலாம். கண்ணிலுள்ள ஐரிஸ், யுவியா முதலியன பாதிக்கப்படுவதால் நோயாளி பார்வை இழக்க நேரிடுகிறது. சிலருக்குப் பெருங்குடலில் துளை விழுதல் பெருங்குடலில் ஏதாவது ஒரு பகுதி விரிவடைந்து அசைவற்றுப் போதல் (Toxic Megacolon) அதிக இரத்தப் போக்கு, புற்றுநோய், பல இடங்களில் சுருக்கம், மேலும் கழிவாயைச்சுற்றி, சீழ்க்கட்டிகள் ஆகிய தீவிர விளைவுகளும் ஏற்படலாம்.

சிகிச்சை முறை

நோய்க்கான சிகிச்சை முறைகள் நோயின் தன்மைக்கேற்ப மாறுபடும். இந் நோயின் தன்மையை இலேசானது, ஓரளவு கடுமையானது, கடுமையானது என மூன்று வகையாகப் பிரிக்கலாம். இலேசான பாதிப்பில் அழற்சியை நீக்கக் கூடிய மருந்துகளைக் கொடுத்துக் குணப்படுத்தலாம்.

1. சல்பா சாலசின்- இதன் அளவு நோயாளியின் தாங்கும் திறனுக்குத் தகுந்தாற்போல் கூட்டிக் குறைத்து, கொடுக்கவேண்டும்.

2. 'ஸ்டீராய்ட்ஸ்' (Steroids) - இம் மருந்தை சப்பா சிட்டரியாகவும் எனிமாவாகவும் கழிவாய்வழியாகக் கொடுப்ப

துடன் வாய் வழியாகவும் தினமும் 20 முதல் 40 மில்லிகிராம் வரை 2 முதல் 4 வாரங்களுக்குக் கொடுக்க வேண்டும். இத்துடன் நல்ல புரதச் சத்து வைட்டமின்கள் உள்ள உணவைக் கொடுத்து வரவேண்டும். பேதியிருந்தால் 'கோடின் பாஸ்பேட்' மற்றும் 'ஆண்டிகொலினர்ஜிக்' மருந்துகளைக் கொடுக்கலாம். சோகையை நீக்க இரும்புச் சத்துக் கலந்த மருந்துகளைக் கொடுக்கவேண்டும்.

ஓரளவு தீவிரப் பாதிப்புள்ள நோயாளிகளை மருத்துவ மனையில் சேர்த்துத்தான் சிகிச்சையளிக்க வேண்டும். மேற்சொன்ன சிகிச்சை முறைகளுடன் கார்டிகோட்ரோபின் ஏ சி டி எச் 40 முதல் 60 யூனிட்டுகள் தினமும் இருமுறை ஊசி வழியே செலுத்தவேண்டும்.

மிகத் தீவிரப் பாதிப்புள்ளவர்களுக்கு டாக்சிக் மெகா கோலன் இருக்குமாதலால் வாய்வழியே தண்ணீர், பழரசம் தவிர மற்ற ஆகாரம் எதுவும் கொடுக்க முடியாது. எனவே, சிரைவழியே ஊசி மூலம் போதுமான அளவு சலைன், குளுக்கோஸ், இரத்தம் முதலியன செலுத்தவேண்டும். இத்துடன் மேலே சொல்லப்பட்ட மருந்துகளையும் கொடுத்துவர வேண்டும். நோயாளி குணமடைந்து காணப்பட்டாலும் மருந்துகள் குறைந்த அளவில் தொடர்ந்து கொடுத்துவந்தால்தான் மீண்டும் வராமல் தடுக்கலாம்.

அறுவைச் சிகிச்சை

மருந்துகள் கொடுத்தும் எவ்வித குணமும் ஏற்படாதவர்களுக்கும் பலவித டாக்சிக் மெகாகோலன், புற்றுநோய், துளை விழுதல் போன்ற வேண்டாத விளைவு ஏற்பட்டவர்களுக்கும் அறுவைச் சிகிச்சை தேவைப்படும். அறுவைச் சிகிச்சையில் பெருங்குடல், மலக்குடல் யாவையும் நீக்கிவிட்டு கடைப் பகுதியை வலதுபுற அடிவயிற்றில் ஒரு துளையிட்டு அதில் கொண்டு தைத்துவிடவேண்டும். (Procto Colectomy with Ileostomy)

குடலில் ஏற்படும் புற்றுநோய்

புற்றுநோய் சிறுகுடலில் மிகவும் அரிதாகவும் பெருகுடலில் அதிக அளவிலும் ஏற்படுகிறது. பெரும்பாலான புற்றுநோய் அடினோகார்சினோமா வகையைச் சேர்ந்தது.

பெருங்குடல் புற்றுநோய் வயதானவர்களுக்கே அதிகமாக ஏற்படும். இந்நோயின் காரணம் இதுவரை அறியப்படவில்லை

யாயினும் தொழிற்சாலைகள் மிகுந்த இடங்களில்தான் அதிகம் காணப்படுகிறது. பெருங்குடல் புண் அழற்சி (Ulceratine-Colitis) பெருங்குடல் தொங்கு தசைநோய் (Polyposis Colon) ஆகியவை உள்ளவர்களுக்குப் புற்றுநோய் எளிதில் ஏற்படுகிறது.

மலக்குடல், சிக்மாய்ட், சீக்கம், வலதுபுற பெருங்குடல், குடலின் மற்றப் பகுதிகள் ஆகிய இந்த வரிசையில்தான் இந்நோய் உண்டாகிறது. பெருங்குடலில் புற்றுநோய் வளையம் போன்ற சுருக்கமாகவோ, அல்லது காலிபிளவர் போன்ற சதை வளர்ச்சியும் அதன் நடுவில் புண்ணுமாகவோ காணப்படும். நோயுற்ற பகுதிக்கு முன்னுள்ள குடல் அடைப்பின் காரணமாக விரிவடைந்து அதன் சுவர் தடித்தும் உட்புறம் மலத் தேக்கத்தால் ஆங்காங்கே உண்டாகும் சிறு புண்களுடனும் தோற்றம் அளிக்கும். சில சமயம் துளைவிழுவதும் உண்டு. வலதுபுறப் பெருங்குடலில் ஏற்படும் புற்றுநோய் பெரும்பாலும் ஒரு கட்டியாகத் தோன்றுகிறது. மேலும், வலதுபுறப் பெருங்குடலின் குறுக்களவு அதிகமாகையால், சாதாரணமாக, குடல் அடைப்பு ஏற்படுவதில்லை. புற்றுநோய்க் கட்டியிலிருந்து இரத்தம் கசிவதால் சோகையும், பலவீனமும் அதிகமாக இருக்கும். பெருங்குடல் புற்று அதன் சுவரைத் தாண்டி அருகிலுள்ள இரைப்பை, மூத்திரப்பை போன்ற மற்ற உறுப்புகளுக்கும் பரவும். நிணநீர் நாளங்களின் வழியாக வயிற்றில் பல பகுதியிலுள்ள நிணநீர்க் கட்டிகளுக்கும் பரவும். இரத்தக் குழாய்களின் வழியாக, கல்லீரலில் கிளைக் கட்டிகள் உண்டாகலாம்.

இடதுபுற பெருங்குடலில் ஏற்படும் புற்றுநோய் பெரும்பாலும் சுருக்கம் ஏற்படுத்தும் வகையாக விரைவில் அடைப்பு உண்டாகும். அதனல், நோயாளி நோய் முற்றுமுன்பே சிகிச்சை நாடி வருவார்கள்.

சிறுகுடலில் உள்ள உணவுப் பொருள் திரவரூபத்தில் இருக்குமாதலால், சிறுகுடலில் புற்றுநோய்க் கட்டி ஏற்பட்டாலும் அடைப்பு உண்டாவதில்லை. எனவே, நோயாளிகள் காலந்தாழ்த்தியே சிகிச்சைக்கு வருவார்கள். சிகிச்சையும் அவ்வளவாகப் பயனளிக்கக்கூடியதாக இருக்காது.

நோய் இயல்பு

பெருங்குடல் புற்றுநோயில் புண் ஏற்படுவதால் உண்டாகும் இரத்தக் கசிவினல் அதிக இரத்த இழப்பு ஏற்பட்டு

சோகைவரும். வலதுபுற பெருங்குடலில் ஏற்படும் இரத்தக்கசிவு கரியமலமாகவும் இடதுபுறம் இருந்து வெளியாகும் இரத்தம் நிற மாற்றம் இன்றி, சிவப்பு நிறத்துடனேயே வெளியாகும். புற்று நோயுள்ள பகுதியிலிருந்து சளிபோன்ற மியூக்கஸ் அதிக அளவில் சுரந்து மலத்துடன் வெளியேறும். இது வலது புறமாயின் மலத்துடன் கலந்தும் இடது புறமாயின் தனியாகவும் வெளியாகும். புற்றுநோய் குடலின் சுற்றளவு முழுவதும் பரவி ஒரு சுருக்கம் ஏற்படுத்துவதால் குடல் அடைப்புஉண்டாகும். இடது புறம் குறுக்களவு குறைவாக இருப்பதாலும் மலம் அங்குக்கட்டியாக இருப்பதாலும் அப்பகுதியின் புற்றுநோயில் அடைப்பு விரைவில் ஏற்படும். வலதுபுற புற்றுநோயில் அடைப்பு காலந்தாழ்ந்தே ஏற்படும். மலக்குடலில் புற்றுநோய் ஏற்பட்டால், நோயாளிக்கு எப்போதும் மலம் கழிக்க வேண்டும் என்று உணர்வு இருந்துகொண்டே இருக்கும். அத்துடன் இரத்தம் கலந்த சளிபோன்ற திரவம் அதிக அளவில் வெளியேறிக்கொண்டே இருக்கும். குடல் அடைப்பும் விரைவில் ஏற்படும். நிணநீர்க் குழாய்கள் வழியாகவும் இரத்தக் குழாய்கள் வழியாகவும் இந் நோய் பரவி, கல்லீரல் பெருப்பதுடன் வயிற்றுக்குள் நீர் சேரும். கழிவாயில் விரல்விட்டுச் சோதனை செய்யும்போதே மலக்குடல் புற்றுநோயைச் சில சமயம் கண்டு பிடிக்க முடியும். மெலிந்த உடல் உள்ளவர்களில் புற்று நோய்க் கட்டி கைகளுக்கே தென்படும். பெரும்பாலானவர்களுக்கு முழுக்குடல் அடைப்பு ஏற்படும்போதுதான் இந் நோய் இருப்பது தெரியவரும்.

சோதனை முறைகள்

சிக்மாய்டு கோலனுக்குக் கீழுள்ள புற்றுநோயை சிக்மாய்டு நோக்கியின் உதவியால் நேர்முகமாகப் பார்த்து பரிசோதிக்க முடியும். அப்படிப் பார்க்கும்போது நோயுற்ற பகுதியிலிருந்து சிறிது சதை எடுத்தும் பரிசோதித்துப் பார்க்கலாம். பெருங் குடல் புற்றுநோய் ஒரே சமயத்தில் பல இடங்களில் இருக்கக் கூடுமாதலால், பேரியம் எனிமா எக்ஸ்ரே படம் எடுப்பது அவசியம். சிலசமயம் நோய் ஆரம்ப காலத்தில் சாதாரண பேரியம் எனிமா படங்கள் அவ்வளவாக உதவிகரமாய் இராததாகையால் பேரியத்துடன் சிறிது காற்றையும் செலுத்தி ‘டபுள் கான்ட்ராஸ்ட்’ படங்கள் எடுத்தால் தெளிவாகத் தெரியும். மலத்தில் இரத்தம் கலந்துள்ளதா என்பதைச் சோதனைமூலம் அறியலாம். சில சமயம் எல்லாச் சோதனைகளின்மூலமும் புற்று நோய் தெரியாமல் அறுவைச் சிகிச்சையின்போதே முதன் முறையாகக் கண்டுபிடிக்கப்படுவதும் உண்டு.

சிகிச்சை : இந் நோய்க்கான சிகிச்சை அறுவைச் சிகிச்சை தான்.

சிகிச்சையின் நோக்கம்

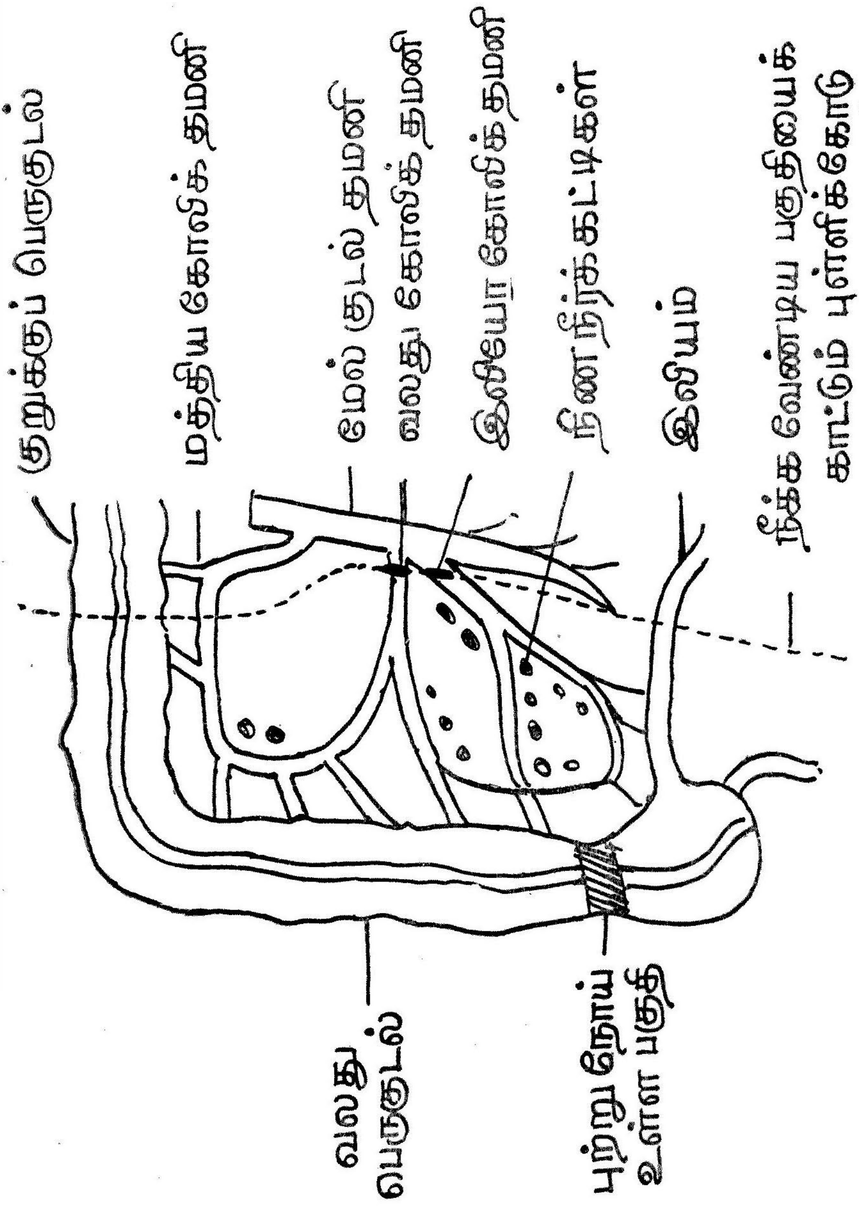
1. புற்றுநோய் உள்ள பகுதியையும் அடுத்துள்ள நோயற்ற பகுதியையும் போதுமான அளவு நீக்குதல்.

2. குடலுக்குப் பக்கத்தில் புற்றுநோய் பரவியிருக்கக் கூடிய நிணநீர்க்கட்டிகள் மற்றுமுள்ள திசுக்கள் முதலியவற்றையும் சேர்த்து அகற்றுதல். அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளு முன் போதிய அளவு இரத்தம் செலுத்தி, சோகையை சரிசெய்ய வேண்டும். அத்துடன் தகுந்த மருந்துகளைக் கொடுத்தும் அடிக்கடி எனிமா கொடுத்தும் பெருங்குடலைச் சுத்தப்படுத்த வேண்டும். முழு அடைப்பு ஏற்பட்டு அவசர அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொள்ளவேண்டிய நிலைமை உண்டானல் கோலாஸ்டமி அல்லது சீக்காஸ்டமி செய்தோ அல்லது மாற்று வழி இணைப்புகள் ஏற்படுத்தியோ அடைப்புக்குத் தற்காலிக நிவாரணம் ஏற்படுத்தி நோயாளியின் உடல்நிலை நன்கு தேறிய பின் இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சையின்மூலம் நோயுற்ற பகுதியை அகற்றி பூரண சிகிச்சை செய்யவேண்டும்.

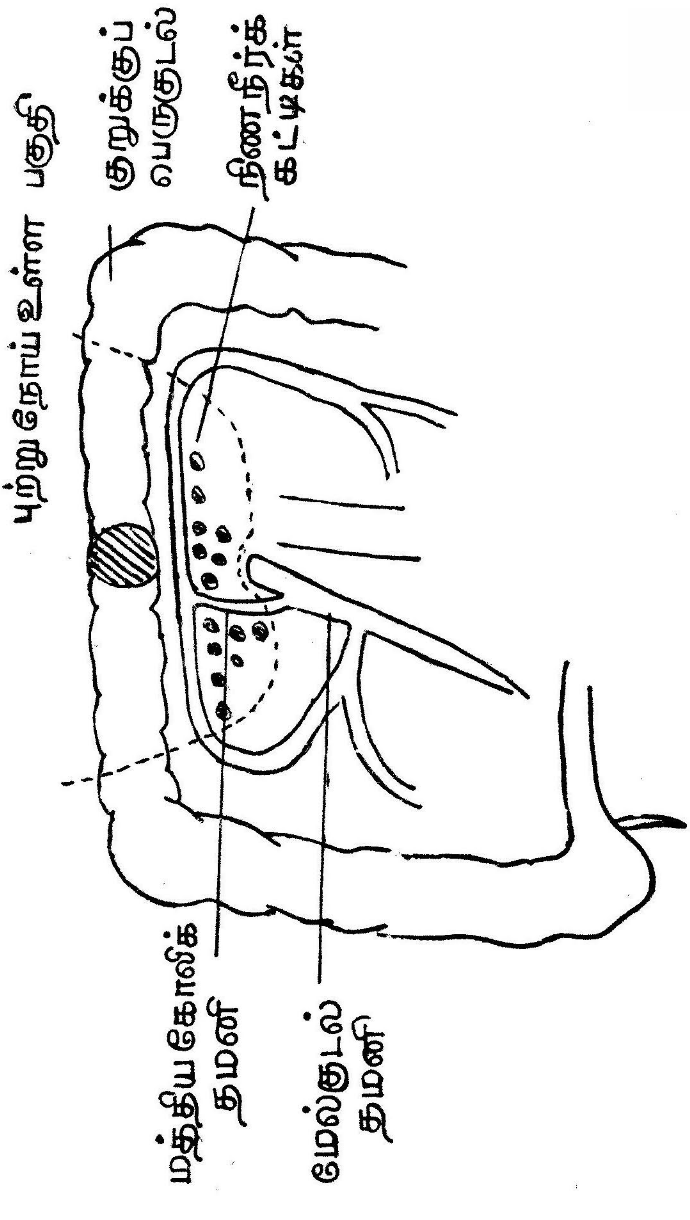
வலதுபுற பெருங்குடலில் புற்றுநோய் இருக்குமாயின் நிண நீர்க் கட்டிகள் இலியோகோலிக், வலது கோலிக் இரத்த நாளங் களின் அருகில் இருக்குமாதலால் இந்த நாளங்களை அகற்ற வேண்டும். அதனல் 'ரைட்ஹெமிகோலெக்டமி' (Right Hemi-colectomy) என்னும் அறுவைச் சிகிச்சை செய்யவேண்டும். இதில் சிறு குடலில் கடைசி 6 அங்குலம், சீக்கம், குடல் வால், வலது பெருங்குடல், குறுக்குப் பெருங்குடலின் முதல் $\frac{1}{3}$ பகுதி முதலியவற்றை அகற்றியபின் மீதமுள்ள சிறுகுடலையும் பெருங் குடலையும் இணைத்துவிடவேண்டும்.

குறுக்குப் பெருங்குடலில் புற்றுநோய் ஏற்பட்டால் மிடில் கோலிக் தமனியை ஒட்டிய நிணநீர்க் கட்டிகள் பாதிக்கப்படு வதால், அந்த தமனி மேல்குடல் தமனி (Superior Mesenteric Artery) யிலிருந்து ஆரம்பமாகும் இடத்திலிருந்து நீக்க வேண்டி வரும். அத்துடன் குறுக்குப் பெருங்குடல் முழுவதையும் நீக்கி மீதமுள்ளவற்றிற்கு இணைப்புக் கொடுக்கவேண்டும். இந்த அறுவைச் சிகிச்சைக்கு குறுக்குப் பெருங்குடல் நீக்கம் (Tranverse Colectomy) என்று பெயர்.

இடது பெருங்குடலில் உண்டாகும் புற்றுநோயால் இடது கோலிக் தமனி (Left Colic Artery) போக்கிலுள்ள நிணநீர்க்



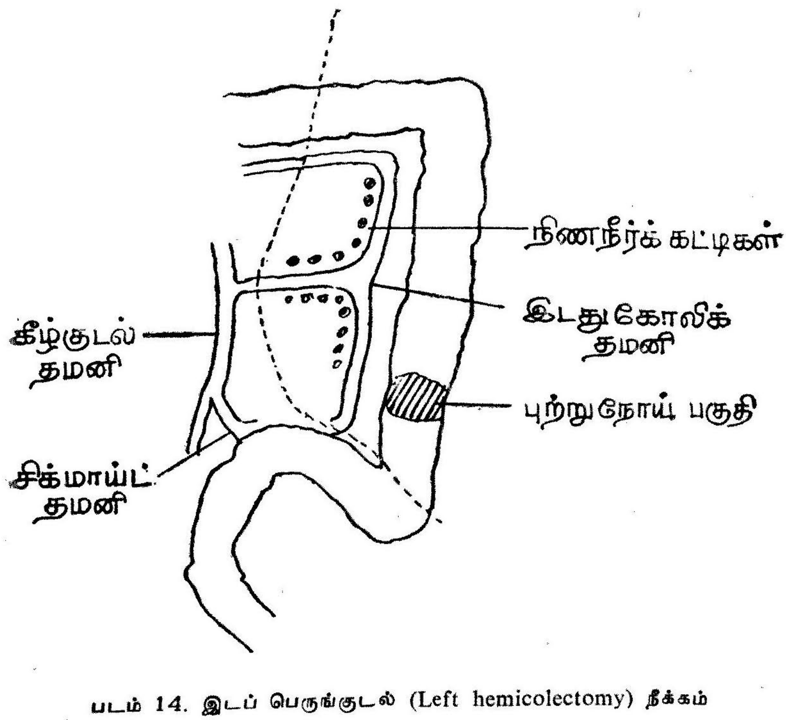
படம் 12: ரைட் ஹெமிகோலெக்டமி (Right Hemicolectomy)



படம் 18. குறுக்குப் பெருங்குடல் நீக்கம் (Transverse Colectomy)

கட்டிகள் பாதிக்கப்படுமாதலால் அந்த தமனியையும் குறுக்குப் பெருங்குடலின் கடைசி 1/3 பகுதி இடப் பெருங்குடல் ஆகிய வற்றை நீக்கி மீதமுள்ள குறுக்கு, பெருங்குடலைச் சிக்மாய்டு பெருங்குடலுடன் இணைக்க வேண்டும். இந்த அறுவைச் சிகிச்சைக்கு இட ஹெமிகொலெக்டமி (Left Hemicolectomy) என்று பெயர்.

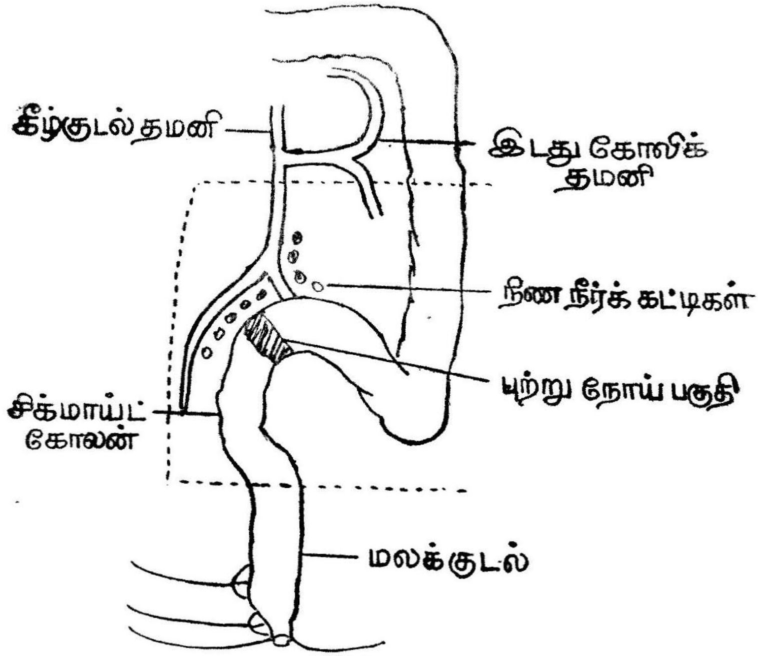
சிக்மாய்டு பெருங்குடலில் புற்றுநோய் ஏற்பட்டால் கீழ்க் குடல் தமனியை (Inferior Mesenteric Artery) இடக் கோலிக் தமனிக்குக் கீழே அகற்றவேண்டும். அத்துடன் இடப் பெருங் குடலின் கீழ்ப்பகுதி முதல் மலக்குடலின் ஆரம்பப் பகுதி வரை நீக்கிவிட்டு மீதமுள்ள இடப் பெருங்குடலை மலக் குடலுடன் இணைக்கவேண்டும்.



படம் 14. இடப் பெருங்குடல் (Left hemicolectomy) நீக்கம்

மலக்குடலின் மேல் பகுதியிலும் சிக்மாய்ட் மலக்குடல் சந்திப்பிலும் புற்றுநோய் ஏற்பட்டால் மகாதமனியிலிருந்து கீழ்க் குடல் தமனி ஆரம்பமாகும் இடத்திலேயே அதனைத் துண்டித்து

அத்துடன் இடது பெருங்குடலின் கீழ்ப்பகுதி சிக்மாய்ட் பெருங் குடல் மலக்குடலில் நோயுற்ற பகுதிக்கு, கீழே 6 சென்டிமீட்டர் வரையுள்ள பகுதியை நீக்கிவிட்டு மீதமுள்ள இடது பெருங்



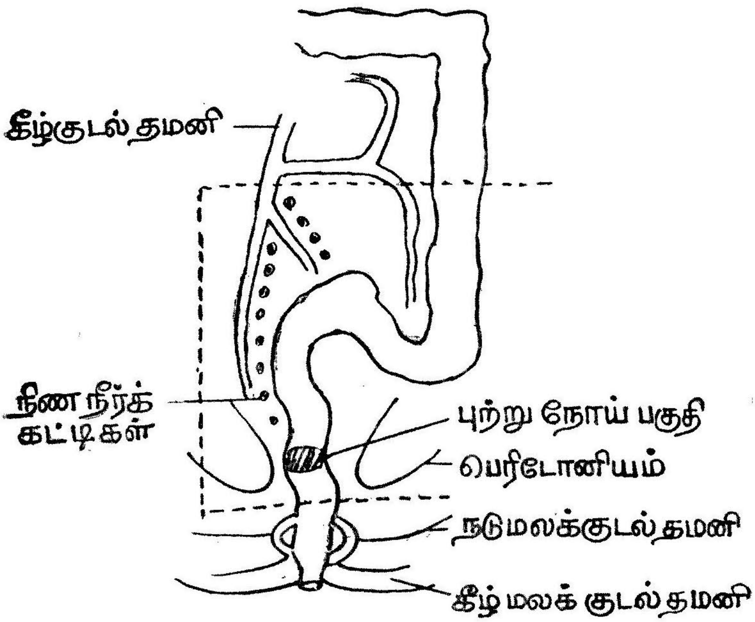
படம் 15. சிக்மாய்ட் கோலெக்டமி (Sigmoid Colectomy)

குடலை மீதமுள்ள மலக்குடலுடன் இணைக்க வேண்டும். இந்த அறுவைச் சிகிச்சைக்கு ஆன்டீரியர் ரிசெக்ஷன் (Anterior Resection) என்று பெயர்.

மலக்குடலின் கீழ்ப்பாதியிலும் கழிவாயிலும் புற்றுநோய் இருந்தால் கீழ்க்குடல் தமனியை ஒட்டிய நிணநீர்க்கட்டி களும் மற்றும் இலியாக் தமனிகளை ஒட்டிய நிணநீர்க்கட்டி களும் பாதிக்கப்படுவதால் மலக்குடலின் இருபுறமும் உள்ள லேவேட்டர் ஆணை (Levetor Ani) என்னும் தசையையும் இஸ்கியோ ரெக்டல்போசா (Ischeorectal fossa) விலுள்ள கொழுப்பு, நிணநீர்க் கட்டிகள் யாவையும் ஒருங்கே நீக்க வேண்டும். அப்படி இடது பெருங்குடலின் கீழ்ப்பகுதி சிக்மாய்ட் குடல் மலக்குடல், கழிவாய், அவைகளுடன்

இணைந்த இரத்தக்குழாய் நிணநீர்க்கட்டிகள் யாவற்றையும் அகற்றியபின் மீதமுள்ள இடப் பெருங்குடலை அடிவயிற்றின் இடப்புறமாக ஒரு துவாரத்தின் மூலம் வெளியே கொண்டு வந்து கோலாஸ்டமி செய்துவிடவேண்டும். இந்த அறுவைச் சிகிச்சைக்கு அப்டாமினோ பெரினியல் ரிசெக்ஷன் (Abdomino Perineal Resection) என்று பெயர்.

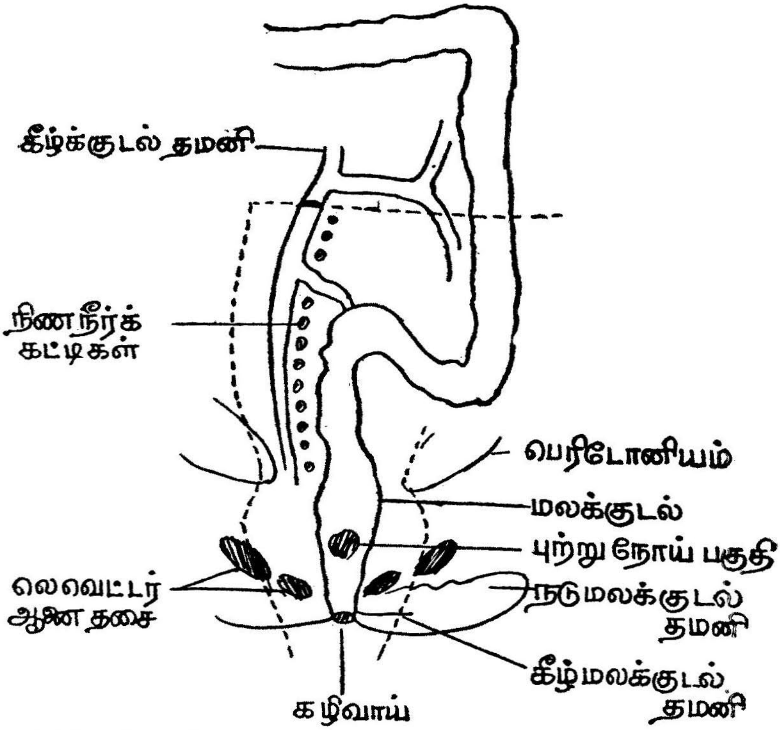
அறுவைச் சிகிச்சையின்போது வயிற்றைத் திறந்தவுடன் மேற்குறிப்பிட்ட பகுதிகளில் ஏற்பட்டுள்ள புற்றுநோய் அந்தந்தப் பகுதியைத் தாண்டிப் பரவியுள்ளதா என்பதையும், கல்லீரல் மற்றும் பெரிடோனியத்தின் பல பகுதிகள் ஆகிய இடங்களில் கிளைக்கட்டிகள் தோன்றியிருக்கின்றனவா என்பதையும் நன்கு சோதிக்கவேண்டும். அப்படிப் பரவாமல் இருந்தால்தான் அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் இந் நோயை முற்றிலும் குணப்படுத்தமுடியும். பரவியிருக்கும் நோயுற்ற பகுதி



படம் 16. ஆன்டீரியர் ரிசெக்ஷன் (Anterior Resection)

இன்னும் அகற்றக்கூடிய நிலையிலிருந்தால் அப் பகுதியை நீக்க முடியுமே தவிர முற்றிலும் குணப்படுத்த முடியாது. இருந் தாலும் அதை நீக்குவதே சிறந்த சிகிச்சை முறையாகும்.

ஏனெனில் தாற்காலிகமாகவேனும் நோயாளிக்குள்ள வலி அடைப்பு முதலியவற்றிலிருந்து நிவாரணமளிக்கலாம். நோயுற்ற பகுதி நீக்கமுடியாத நிலையில் இருக்குமாயின் அதன் முன்னுள்ள இடப் பெருங்குடலையோ குறுக்குப் பெருங்



படம் 17. அப்டாமினோ பெரினியல் ரிசெக்ஷன் (Abdomino Perineal Resection)

குடலையோ கோலாஸ்டமியாக வெளியே கொண்டுவந்து வைப்பது அப்போதைக்குச் செய்யக்கூடிய சிகிச்சையாகும். ஒன்றுமே செய்யமுடியாத நிலையில் உள்ளவர்களுக்குப் புற்று நோயை அழிக்கும் 5-Fluro-mosil, Mitomycin போன்ற மருந்துகளைக் கொடுத்துப் பார்க்கலாம்.

பெருங்குடல் புற்றுநோயில் நோயின் தன்மைக்கேற்ப அறுவைச் சிகிச்சையின் பலன் இருக்கும். 25முதல் 40 சதவிகிதத்தினர் வரை அறுவைச் சிகிச்சைக்குப் பின் 5 ஆண்டுகள் வரை உயிர் வாழ்கிறார்கள். இடப் பெருங்குடலைவிட வலப் பெருங்குடல் புற்றுநோய் மிகவும் ஆபத்தானது. இவையிரண்டையும்விட மலக்குடல் புற்றுநோய் ஆபத்து மிகுந்தது.

கழிவாய்ப் புற்றுநோய் (Anal Carcinoma)

கழிவாயில் பலவிதப் புற்றுநோய்கள் உண்டாகலாம். அவை :

(1) ஸ்குவேமஸ் செல்கார்சினோமா **(Squamous Carcinoma)**
(2) மெலிக்னன்ட் மெலனோமா **(Malignant Melanoma)**
(3) மியூக்கோ எப்பிடெர்மாய்ட் கார்சினோமா **(Muco-Epidermoid Carcinoma)**

எவ்வகைப் புற்றுநோயிலும் அதன் விளைவுகள் மிக அபாயகரமானவை. ஏனெனில் நிணநீர் நாளங்களின் வழியாகப் பல இடங்களுக்கு இந் நோய் விரைவில் பரவுவதால் அறுவைச் சிகிச்சை முற்றிலும் பலனளிப்பதில்லை. இதற்கான அறுவைச் சிகிச்சை அப்டாமினோ பெரினியல் ரிசெக்ஷன்தான். அத்துடன் தொடையின் அடிப்பகுதியிலுள்ள நிணநீர்க் கட்டிகளும் பாதிக்கப்பட்டிருக்குமாதலால் அவைகளை இருபுறத்திலும் அறவே அகற்றிவிடவேண்டும்.

குடலின் மற்றவகைப் புற்றுநோய்கள்

முன் தலைப்பில் விவரிக்கப்பட்டுள்ள புற்றுநோய்கள் யாவும் குடலின் உள் பரப்பிலுள்ள ஈர அடர் படலத்தின் எப்பிதீலியத்திலிருந்து ஏற்படுவனவாகும். இது சாதாரணமாகக் காணப்பட்டாலும் குடல் சுவரிலுள்ள மற்ற இணைப்புத் திசுக்களிலிருந்து சிலசமயம் அரிதாகப் புற்றுநோய் ஏற்படுவதுண்டு. குடலிலுள்ள தசைகளிலிருந்து லியோமயோமா, கொழுப்புத் திசுக்களிலிருந்து லைப்போமா, நிணநீர்த் திசுக்களிலிருந்து லிம்போமா, இரத்தக் குழாய்களிலிருந்து உறிமாஞ்சியோமா, நிணநீர்க் குழாய்களிலிருந்து லிம்பாஞ்சியோமா ஆகிய புற்றுநோய்கள் ஏற்படலாம். இவையாவும் மிகவும் மெதுவாக வளரக்கூடியதும் மற்ற இடங்களுக்குப் பரவாமல் அதே இடத்தில் இருக்கக்கூடியதும் ஆகும். சில சமயங்களில் இவை தீவிரமடைந்து மற்ற இடங்களுக்கும் பரவக்கூடும். இவ்வகைக் கட்டிகளால் பொதுவாகக் குடலேற்றம், குடல் அடைப்பு ஆகியவை ஏற்படும். 'இதற்கான சிகிச்சை நோயுற்ற பகுதியை நீக்கி மற்றப் பகுதியை இணைப்பதுதான். இவ்வகைப் புற்றுநோயில் லிம்போமா வகை விரைவில் பரவி அதிக ஆபத்தை விளைவிக்கக்கூடியது.

கார்சினாய்ட் புற்றுநோய் (Corcinoid Tumour)

இது ஓர் அரியவகைப் புற்றுநோயாகும். இரைப்பை முதல் கழிவாய்வரை எந்த இடத்திலும் ஏற்படலாம். சில

சமயம் நுரையீரலிலுள்ள காற்றுக்குழல் பகுதிகளிலும் காணப்படுவதுண்டு. இது மஞ்சள் நிறக் கட்டியாகத் தோற்றமளிக்கும். குடல்வால், சிறுகுடல் கடைப்பகுதி ஆகிய இடங்களில்தான் அதிக அளவில் ஏற்படுகிறது. குடல் சுவரிலுள்ள அர்ஜன்டபின் அணுக்களிலிருந்து இந்நோய் உண்டாகிறது. இவ்வணுக்களிலிருந்து 5-Hydroxy Tryptamine (5-HT), சிரடோனின், ஹிஸ்டமின், பிராடிகைனின் ஆகிய பொருள்கள் சுரக்கின்றன. இவ்வகைப் புற்றுநோய் தீவிரமில்லாததாகவோ, தீவிரமுள்ளதாகவோ இருக்கக்கூடும். தீவிரமுள்ளதாயின் நிணநீர்க்கட்டிகளிலும் கல்லீரலிலும் கிளைக் கட்டிகள் தோன்றும். தீவிரமுள்ளதாக இருந்தாலும் மற்றப் புற்றுநோய்கள் போன்று இது அவ்வளவு ஆபத்தானதன்று.

நோய் இயல்பு: குடல்வாலில் இக் கட்டி ஏற்பட்டால் வயிற்று வலி, குடல்வால் அழற்சி ஆகியன உண்டாகும். சிறுகுடலில் ஏற்பட்டால் குடல் அடைப்பு, குடல் ஏற்றம் முதலியன உண்டாகலாம். பெருங்குடலிலும், இரைப்பையிலும் இக் கட்டி ஏற்படின் பலகாலம் எந்தவித நோய்க்குறியும் இன்றி இருந்துவிடும். இக் கட்டி வளர்ச்சியடைந்த நிலையில் அதிலிருந்து சுரக்கும் 5-HT இரத்தத்துடன் கலந்து உடல் முழுவதும் பலவித நோய்க்குறிகளை ஏற்படுத்தும். 5-HT யின் பெரும்பகுதி கல்லீரலிலும் நுரையீரலிலும் அமைன் ஆக்சிடேஸ் என்னும் என்சைமால் அழிக்கப்படுவதால், பெரும்பாலும் இவ்விரு உறுப்புகளிலும் கிளைக்கட்டிகள் ஏற்பட்ட பிறகுதான் நோய்க்குறிகள் தோன்றுகின்றன. முகம் மற்றும் உடலின் மேல் பாகத்திலும் அவ்வப்போது திட்டுத்திட்டாகச் சிவப்பு நிறமாக மாறுவதும் நீல நிறமாக மாறுவதும் உண்டு. இரத்தக்குழாய்கள் ஆங்காங்கே விரிவடைவதால் இம் மாற்றம் தோன்றுகிறது. அவ்வப்போது வயிற்றுவலி, வயிறு உப்புசம், பேதி முதலியன உண்டாகும். பொதுவில் குடலின் அசைவு அதிகரிப்பதால் உணவு சரிவரச் சீரணிக்கப்படாது வெளியேறுவதாலும் பேதியினால் தண்ணீர், மின்பகுபொருள்கள் குறிப்பாக பொட்டாசியம் சேதமடைவதால் உடல் தளர்ச்சி, எடைக்குறைவு, சோகை முதலியன உண்டாகும். கல்லீரலில் கிளைக்கட்டிகள் தோன்றுவதால் கல்லீரல் பருத்து மேடு பள்ளத்துடன் காணப்படும். 5-எச்.டி. இதயத்தில் வலப்புறமுள்ள மூவிதழ் வால்வு, பல்மனரி வால்வு ஆகியவற்றைத் தாக்குவதால் வால்வுகள் சுருங்கியும் சேதமடைந்தும் போகும். இரத்தம் நுரையீரல் வழியாகச் செல்லும்போது அதிலுள்ள 5-எச்.டி. அழிக்கப்பட்டுவிடுவதால் இதயத்தின் இடப்புறம் பாதிக்கப்படுவதில்லை. வலப்புற

வால்வுகள் கெடுவதால் இதயத்தின் செயல்திறன் குறைந்து பல விளைவுகள் ஏற்படும். அதனால் நோயாளி உயிரிழக்கவும் நேரலாம். மேலும், இந் நோயுள்ளவர்களுக்கு அடிக்கடி ஆஸ்துமா போன்ற மூச்சுத் திணறல் உண்டாகலாம். கை கால் வீக்கம், குறைந்த அளவில் சிறுநீர் கழிதல் முதலிய குணங்களும் தோன்றும். மேற்சொன்ன நோய்க்குறிகள் யாவும் இரத்த ஓட்டத்தில் கலந்துள்ள 5-HT யினால் ஏற்படுகின்றன. 5-HT மூளையைத் தாக்கினால் மனநிலைக் கோளாறு ஏற்படக் கூடும். என்றாலும், இரத்தத்திலிருந்து 5- HT மூளையின் திசுக்களுக்கு எளிதில் செல்லமுடியாததால் இந் நோய் உள்ளவர்களுக்கு மனநிலைக் கோளாறு ஏற்படுவதில்லை.

நோய் அறிதல்: பலவித நோய்க்குறிகளையும் பேரியம் கொடுத்து எடுக்கப்படும் எக்ஸ்ரே படங்களையும் கொண்டே இந் நோய் இருப்பதை அறிந்துகொள்ளலாம். மேலும் சிறுநீரில் 5-HIAA அளவைச் சோதித்துப் பார்த்து அது அதிகரித்திருந்தால் இந்நோய் இருப்பது உறுதியாகிவிடும். 5-HIAA 24 மணி நேரத்திற்குச் சிறுநீரில் வெளியாகும் அளவு இந் நோய் இல்லாதவர்களுக்கு 2 முதல் 10 கிராம் ஆகும். நோய் உள்ளவர்களுக்கு இது அதிகரித்துக் காணப்படும். 5- HT உடலில் பல மாற்றங்கள் அடைந்து 5-HIAA ஆகச் சிறுநீரில் கழியும்.

சிகிச்சை : அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் இந்தக் கட்டியையும் அதன் நிணநீர் வடிகால் பகுதியையும் நீக்கவேண்டும். சில சமயங்களில் நோயுள்ள பகுதியை நீக்கி அந்தத் திசுக்களைச் சோதனை செய்த பிறகு கார்சினாய்ட் இருப்பது தெரியவரலாம். அத்தகையோருக்கு முதல் அறுவைச் சிகிச்சை போதுமானதன்று என்று கருதப்பட்டால், இரண்டாவது அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் கட்டி இருந்த பகுதியைச் சுற்றி, சற்று தூரம் வரையுள்ள திசுக்களையும் அதன் நிணநீர் வடிகால் பகுதியையும் அகற்றுதல் வேண்டும். 5 - HT யை எதிர்த்து அழிக்கக்கூடிய மருந்து எதுவும் இல்லாததால் மருந்து கொடுக்கும் முறையினால் சிகிச்சை பலன் அளிப்பதில்லை. இந் நோய் முற்றி, பல கிளைக் கட்டிகள் ஏற்பட்டாலும்கூட மற்றவகைப் புற்றுநோய்போல் அவ்வளவு ஆபத்தானதன்று. பெரும்பாலும் இதயத்தின் பாதிப்பினால்தான் இந் நோயுற்றவர்கள் இறக்க நேரிடும்.

குடலின் தொங்கு தசைகள் (Polyps)

இளநிலைத் தொங்குதசை : இது குழந்தைகளுக்கு ஏற்படும். நீண்ட காம்புடன் பருத்து, குடலின் உட்புறத்தில் தொங்கிக் கொண்டிருக்கும். அதன் மேல்புறத்தில் பல இடங்களில்

புண் ஏற்பட்டு இரத்தக் கசிவும் அதிக அளவில் மியூக்கஸ் வெளியேறுவதும் இருக்கும். பொதுவாக இது மலக்குடலில் ஏற்பட்டுச் சிலசமயம் கழிவாய் வழியாக நீட்டிக்கொண்டு வரும். அறுவைச் சிகிச்சையின் மூலம் இதனை நீக்குவதுதான் இதற்குச் சிகிச்சையாகும்.

அடினோமேட்டஸ் தொங்கு தசை : இது ஒன்றாகவோ பலவாகவோ பெருங்குடலில் ஏற்படும். அதில் ஏதேனும் ஒன்று புற்றுநோயாகவும் மாறலாம். உருண்டை வடிவத்தில் ஒரு காம்புடன் குடல் சுவரிலிருந்து தொங்கிக்கொண்டிருக்கும். பெரும்பாலும் இந் நோயில் மலத்துடன் இரத்தம் கசிவதால் இந் நோய் இருக்குமென சந்தேகித்து, பல சோதனைகள் மூலம் இதைக் கண்டறியவேண்டும். ஒருசிலருக்குக் குடலேற்றமும் அடிக்கடி வயிற்று வலியும் ஏற்படுவதுண்டு.

சோதனை முறைகள் : மலக்குடலில் மட்டும் தொங்கு தசைகள் இருந்தால் 'சிக்மாய்டாஸ்கோப்' மூலம் பரிசோதிப்பதால் இதை நேரடியாகப் பார்த்து அறியலாம். அதிக அளவில் பெருங்குடல் முழுவதும் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் பேரியம் எனிமா மூலம்தான் இது தெரியவரும். எந்தெந்த இடத்தில் தொங்கு தசைகள் இருக்கின்றன என்பதை மற்ற வழியில் அறிய முடியாதாகையால் எல்லா நோயாளிக்கும் பேரியம் எனிமா எக்ஸ்ரே படம் எடுப்பது அவசியம்.

சிகிச்சை முறை : இவ்விதத் தொங்குதசை தனித்தும், புற்று நோய் மாற்றம் ஏற்படாமலும் இருந்தால் அதனை அதன் காம்பு ஒட்டிக் கொண்டிருக்கும் பெருங்குடலின் உட்பகுதியையும் சேர்த்து அறுவைச் சிகிச்சைமூலமோ டையதர்மி (Diathermy) மூலமோ நீக்கவேண்டும். புற்றுநோய் மாற்றம் ஏற்பட்டிருக்கும் எனச் சந்தேகிக்கப்பட்டால், பெருங்குடல் புற்றுநோய்க்கு எந்த விதச் சிகிச்சை அளிக்கவேண்டுமோ அதனையே இதற்கும் செய்ய வேண்டும். 5 மில்லி மீட்டர் குறுக்களவுக்கு மேற்பட்ட அளவுள்ள தொங்கு தசைதான் பெரும்பாலும் புற்றுநோயாக மாறுகிறது. எனவே, தொங்கு தசைகள் பல இடங்களிலும் சிறிய அளவுள்ளதாகவும் இருந்தால் அடிக்கடி பேரியம் எனிமா எக்ஸ்ரே படம் எடுத்து அதன் போக்கைக் கூர்ந்து கவனித்து வரவேண்டும். எந்தச் சமயத்திலும் புற்றுநோய் மாற்றம் உண்டாகும் அல்லது உண்டாகியிருக்கும் என்ற சந்தேகம் ஏற்பட்டால் மேற்சொன்ன அறுவைச் சிகிச்சை முறைகளை மேற்கொள்ளவேண்டும்.

'பாலிபோசிஸ் கோலன்' (Polyposis Colon-**எண்ணற்ற தொங்கு தசைகள்**)

இந்நோய் ஒரே குடும்பத்தில் பரம்பரையாகத் தந்தை வழியே பலருக்கு வரும். பெருங்குடல் முழுவதிலும் எண்ணற்ற தொங்கு தசைகள் (500 வரைகூட) இருக்கலாம். நுண்ணோக்கி மூலம் பரிசோதித்தால் அடினோமேட்டஸ்பாலிப் போலவே இதுவும் இருக்கும். இந் நோய் உள்ள எல்லோருக்கும் புற்று நோய் ஏற்படுவது நிச்சயம். இது ஒரு பிறவி நோயாக இருந் தாலும் 10 வயதுக்கு மேல்தான் தொங்கு தசைகள் தோன்ற ஆரம்பிக்கும். தோன்றிய பிறகு 10 முதல் 15 ஆண்டுகளுக்குள் புற்றுநோய் மாற்றம் ஏற்படும். அதாவது பெரும்பாலும் 40 வயதிற்கு முன்பே இத்தகைய நோயாளிகள் புற்றுநோய்க்கு ஆளாக நேரிடும்.

தொங்கு தசைகள் தோன்றியதும் நோயாளிக்கு மியூக்கஸ் கலந்த பேதி அடிக்கடி ஏற்படும். அவ்வப்போது பேதியில் சிறிது இரத்தமும் கலந்திருக்கும். புற்றுநோய் மாற்றம் ஏற் பட்ட பிறகு அதிக அளவில் இரத்தப்போக்கு இருக்கும். அதே குடும்பத்தில் முன்பே ஒருவருக்கு இந் நோய் இருப்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டிருந்தால் இவருக்கு அந்த நோய் இருக் கலாம் என்பதை ஊகிக்கலாம். பொதுவாக ஒருவருக்கு இந் நோய் இருப்பது தெரிந்தவுடன் அந்தக் குடும்பத்தைச் சேர்ந்த எல்லோரையும் பரிசோதிப்பது அவசியம்.

சிகிச்சை முறை: இந்நோய் உள்ளவர்களுக்குப் புற்றுநோய் நிச்சயம் ஏற்படுமாதலால் அதைத் தவிர்க்க ஒரே வழி பெருங் குடல், மலக்குடல் இரண்டையும் அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் அகற்றிவிட்டு 'இலியாஸ்டமி' செய்யவேண்டும். மலக்குடல் அவ்வளவாகப் பாதிக்கப்படாமல் இருப்பின் பெருங்குடலையும் மலக்குடலின் ஆரம்ப $\frac{1}{3}$ பகுதியையும் நீக்கிவிட்டு இலி யத்தை மீதமுள்ள மலக்குடலுடன் இணைத்துவிடலாம். ஆனல் அவர்களது வாழ்நாள் முழுவதும் மலக்குடலில் ஏதாவது மாற்றம் ஏற்படுகிறதா என்பதைக் கண்காணித்து வ்ர வேண்டும்.

வில்லஸ் பாப்பிலோமா (Villous Papilloma)

இவ்வகைப் புற்றுநோய் பெருங்குடலிலும் மலக்குடலிலும் தான் ஏற்படுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட இடத்தில் அடுக்கடுக் கான சதை வளர்ச்சி நன்கு தெரியும். இதிலிருந்து அதிக

அளவில் மியூக்கஸ் சுரக்கும். ஆரம்ப காலத்தில் இது மெதுவாக வளர்ந்து அந்த இடத்திலேயே இருந்தாலும் எந்த நேரமும் தீவிரமடைந்து மற்ற இடங்களுக்கும் பரவும்.

நோய் இயல்பு: நோயுள்ள பகுதியிலிருந்து அதிக அளவில் சளி போன்ற மியூக்கஸ், தண்ணீர், மின்பகு பொருள்கள் ஆகியவை வெளியேறி உடல்நிலை பாதிக்கப்படுகிறது. முதலில் தண்ணீர் போன்ற பேதி ஒவ்வொரு நாளும் பலமுறை ஏற்படும். நாள்கள் செல்லச்செல்ல அதில் இரத்தக் கலப்பும் இருக்கும். இரத்தம் தோன்றுவது அந் நோய் தீவிரமடைந்துள்ளதைக் குறிக்கும். சிலருக்குப் பேதிமூலம் பொட்டாசியம் அதிகமாக வெளியேறுவதால் நரம்புத் தளர்ச்சி, மூளைக் கோளாறு, சுய நினைவு இழத்தல் ஆகியவையும் உண்டாகலாம்.

மலக்குடலும் சிக்மாய்ட் பெருங்குடலும் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் சிக்மாய்டாஸ்கோப் சோதனை மூலம் இதனைப் பார்த்து, சிறிது தசை எடுத்துச் சோதிக்கலாம். மற்றப் பாகங்கள் பாதிக்கப்பட்டிருந்தால் 'ஏர்காண்ட்ராஸ்ட்' பேரியம் எக்ஸ்ரே படம் எடுப்பதினால் நன்கு அறிந்து கொள்ளலாம்.

சிகிச்சை: உடலின் தண்ணீர், மின்பகு பொருள்கள் ஆகியவற்றின் இழப்பைச் சரிசெய்யவேண்டும். சோதனைமூலம் இந் நோய் தீவிரமடையவில்லை என்று அறிந்தால் பாதிக்கப்பட்ட பெருங்குடல் பகுதியை மட்டும் அறுவைச் சிகிச்சைமூலம் நீக்கினால் போதும். தீவிரமடைந்திருந்தால் பாதிக்கப்பட்ட பகுதியோடு அருகிலுள்ள குடலின் ஒரு பகுதியையும் அதன் நிணநீர் வடிகால் வழிகளையும் சேர்த்து நீக்கவேண்டும். மலக்குடலில் தீவிரமடையாத வில்லஸ் பாப்பில்லோமா மிகச் சிறிய இடத்தில் மட்டும் இருந்தால் டயத்தர்மி மூலம் அதனை நீக்குவது போதுமானதாகும்.

கழிவாய் சார்ந்த நோய்கள்

மூலம் (Piles)

மலம் கழிக்கும்போது கழிவாய் வழியாக இரத்தம் வெளியேறும் நோய்க்கு மூலநோய் என்று பெயர். மலக்குடல் சிரைகள் இடப்புறம் ஒன்றும் வலப்புறம் இரண்டுமாக, கழிவாயின் மேல் பகுதியிலுள்ள சிரைப் பின்னல்களிலிருந்து மேல் நோக்கிச் சென்று கீழ்க் குடல் சிரையுடன் கலக்கின்றன. பல காரணங்களால் அச் சிரைகளின் ஆரம்பப் பகுதியும் அதைச்

சார்ந்த சிரைப் பின்னல்களும் புடைத்து இரத்தம் தேங்குவதால் ஒரு முடிச்சுப்போலக் கழிவாயினுள் நீட்டிக்கொண்டிருக்கும். கெட்டியான மலம் அப் புடைப்புகளின்மீது உராயும்போது அவை உடைத்துக்கொள்வதால் இரத்தம் வடியும். மலம் கழிக்க அதிகமாக முக்குவதால் அந்தச் சிரைப் பின்னல்களின் உள் அழுத்தம் அதிகமாகி வெடித்துவிடுவதும் உண்டு. அவ்விதப் புடைப்புகள் ஏற்படுவதற்கான காரணங்கள் மலச் சிக்கல், அதிகப்படியாக முக்குதல், அடிக்கடி பேதியுண்டாதல், பலவித நோய்களில் இரத்தத் தேக்கம் ஏற்படுதல் ஆகியவை யாகும். பெண்களுக்குக் கர்ப்பம் உள்ள காலத்தில் கருப்பை பின்புறம் வளைந்து மலக்குடலை அழுத்துவதாலும், கருப்பை அல்லது கருப்பையில் ஏற்படும் கட்டிகள் அப்படி அழுத்து வதாலும் மூலநோய் உண்டாகலாம். ஆண்களில் சிறுநீர்ப் புறவழி அடைப்பு உள்ளவர்களுக்கு இந் நோய் எளிதில் தோன்றிவிடுகிறது. ஏனெனில் ஒவ்வொரு முறையும் சிறுநீர் கழிக்கும்போது முக்கவேண்டிய அவசியம் ஏற்படுகிறது.

பெரும்பாலும் வலப்புறம் இரண்டும் இடப்புறம் ஒன்று மாக மூன்று மூலக் கட்டிகள் தோன்றுகின்றன. சிலருக்கு இம் மூன்று கட்டிகளின் நடு நடுவே சிறு மூலக் கட்டிகளும் அல்லது கழிவாயைச் சுற்றிலுமே வளையம்போலப் புடைத்துக் காணப் படுவதும் உண்டு. நாள்கள் செல்லச்செல்ல இக் கட்டிகள் நகர்ந்து கீழே இறங்கி வெளிப்புறம் நீட்டிக்கொண்டும் வரும். மலக்குடல் சோதினிமூலம் சோதித்துப் பார்க்கும்போது மூலக் கட்டிகள் கருஞ்சிவப்பு நிறத்துடன் கழிவாயினுள் நீட்டிக் கொண்டிருப்பது நன்கு தெரியும்.

பெரும்பாலும் இந் நோயாளிகள் கழிவாயில் ஏற்படும் இரத்தக் கசிவிற்காகவே சிகிச்சையை நாடி வருகிறார்கள். இந் நோயின் தன்மையை நான்கு கட்டங்களாகப் பிரிக்கலாம். இலேசான புடைப்புடன் இரத்தக் கசிவு மட்டும் இருந்தால் அது முதல் கட்டமாகும். மூலக் கட்டிகளின் காம்பு நீண்டு மலம் கழிக்கும்போது கழிவாயின் வழியாக இக் கட்டிகள் வெளியே நீட்டிக்கொண்டு வருவதும் மலம்கழித்த பிறகு தானாகவே மேலே சென்றுவிடுவதுமாக இருந்தால் அது இரண்டாவது கட்டமாகும். மூன்றாவது கட்ட நோயில் வெளியே நீட்டிக்கொண்டுவரும் கட்டிகள் தாமாக உள்ளே செல்லாமல் வெளியிலேயே தங்கிவிடுகின்றன. அப்படித் தங்கி விடும்போது நோயாளிக்கு ஒருவித அசௌகர்யம் உண்டாகு மாதலால் அவர் தம் விரலினால் இக் கட்டிகளை உள்ளே

தள்ளிக்கொள்ள வேண்டிய அவசியம் ஏற்படுகிறது. அப்படித் தள்ளினாலும் உள்ளே போகாத நிலை ஏற்பட்டால், அது நான்காவது கட்டமாகும். மூலநோய் உள்ளவர்களுக்குச் சளி போன்ற மியூக்கஸ் கழிவாயில் அதிகம் சுரப்பதால் எந்த நேரமும் அந்த இடம் வழவழ என்று ஈரத்தோடு இருப்பதுடன் ஒரு வித நமைச்சலும் ஏற்படும். பொதுவாக இந்நோயில் வலி எதுவும் ஏற்படுவதில்லை. மூலக் கட்டிகள் இறங்கி, சுருங்கு தசையின் இறுக்கத்தால் வெளியிலேயே தங்கிவிடும்போதும் அதில் சீழ் பிடிக்கும்போதும்தான் வலி ஏற்படுகிறது. மலக்குடலில் ஏற்படும் புற்றுநோயில்கூட மூலம் ஏற்படலாம். எனவே, நடுத்தர வயதுக்கு மேற்பட்டவர்களுக்கு மூலநோய் இருந்தால் 'சீக்மாய்டாஸ்கோப்' மூலம் மலக்குடலை நன்கு சோதிப்பது அவசியம்.

விளைவுகள் : அதிக இரத்தப்போக்கால் சோகை உண்டாகும். கீழே இறங்கியுள்ள மூலக் கட்டியினால் வலி இருக்கும். வெளியே நீட்டிக்கொண்டிருக்கும் மூலக் கட்டிகள் சிலசமயம் இரத்த உறைவினால் கெட்டியாகி அதன் மேல் பரப்பில் புண் உண்டாகிச் சீழ்பிடிப்பதால் காய்ச்சலும் வலியும் அதிகமாகும். சிலசமயம் போர்ட்டல் சிரை வழியாகக் கல்லீரலுக்கும் சீழ் பரவக்கூடும்.

சிகிச்சை முறை : மூலநோயின் ஆரம்ப காலத்தில் மலச்சிக்கலைத் தவிர்த்தாலே அது தானாகக் குணமாகிவிடும். அப்படிக் குணமாகாவிட்டால் 5 சதவீதம் பீனால் கலந்த எண்ணெயை மூலக் கட்டியின் அடிப்புறம் ஊசிமூலம் செலுத்துவதால் மூலக் கட்டிகள் சுருங்கிக் குணமாகும். இரண்டாவது கட்டம் வரையுள்ள மூலக்கட்டியை இரப்பர் வளையங்களை அதன் காம்புப் பகுதியில் பொருத்துவதன்மூலம் குணப்படுத்தலாம். ஊசி போடுதல், இரப்பர் வளையம் பொருத்துதல் ஆகிய சிகிச்சை முறைகளைக் கையாளுவதற்கு நோயாளி மருத்துவமனையில் சேரவேண்டிய அவசியமில்லை. இரண்டாவது கட்டத்திற்கு மேல் உள்ள மூலநோய்க்கு அறுவைச் சிகிச்சைதான் பலனளிக்கும். அறுவைச் சிகிச்சையில் மூலநோய்க் கட்டியையும் அதைச் சார்ந்த தோல் தடிப்பையும் சேர்த்துப் பிரித்தெடுத்து அதன் காம்புப் பகுதியின் அடிப்புறத்தில் இறுகக் கட்டியபின் கட்டியை நீக்கிவிடவேண்டும். வெளியில் நீட்டிக்கொண்டு வெளியிலேயே தங்கிவிடும் மூலக் கட்டி அதிக வலி ஏற்படுத்தும். ஆகையால் அதை உடனே விரலினால் உள்ளே தள்ளிவிடுவதால் வலியைப் போக்கலாம்.

அதன் பிறகு விரைவில் அறுவைச் சிகிச்சையை மேற்கொண்டு நிரந்தர நிவாரணம் அளிக்கவேண்டும். அண்மைக் காலத்தில் மூலநோய்க்குத் தட்பமுறை (Cryosurgery) அறுவைச் சிகிச்சையும் மேற்கொள்ளப்படுகிறது.

கழிவாய் வெடிப்பு (Fissure in ano)

இந் நோயில் கழிவாயின் பின்புறத்தில் நீளவாக்கில் ஒரு வெடிப்பு ஏற்படுகிறது. இது வயதுவந்தவர்களுக்கு ஆண் பெண் இருபாலாருக்கும் ஏற்படலாம். மலச்சிக்கலினுல் தடித்து இறுகிய மலம் வெளியாகும்போது கழிவாயின் பின்புறம் மத்தியிலோ அல்லது முன்புற மத்தியிலோ வெடிப்பை ஏற்படுத்தும். முன்புறத்தைவிடப் பின்புறத்தில்தான் அதிக அளவில் ஏற்படுகிறது. வெடிப்பின் கீழ்க்கோடியில் ஒரு தோல் முடிச்சும் உண்டாகிறது. ஆரம்ப காலத்தில் மிகச் சிறிய அளவில் ஏற்படும் இந்த வெடிப்பு வரவரப் பெரியதாகவும் ஆழமானதாகவும் ஆகி, சுருங்குதசைகளும் பாதிக்கப்படுகின்றன. இதனுல் சுருங்கு தசையினுள் நார் அணுக்கள் பரவி அது கெட்டியாகிவிடுவதும் உண்டு. நாட்பட்ட வெடிப்பு நோய் உள்ளவர்களுக்கும் கழிவாய்ப் புரைநோயும் சீழ்க்கட்டிகளும் ஏற்படலாம்.

இந் நோய் உள்ளவர்களுக்கு மலம் கழிக்கும்போதும் அதன் பிறகும் கழிவாயில் வலி ஏற்படும். அவ்வித வலியினுல் சுருங்கு தசை எப்போதுமே சுருங்கி இருக்குமாதலால் இந் நோய் அதிகரிக்க வாய்ப்பும் ஏற்படும். மலத்தில் இவ் வெடிப்பிலிருந்து கசியும் இரத்தம் சிவப்பு நிறக் கோடுகளை ஏற்படுத்தும். கழிவாயில் விரல் விட்டோ அல்லது மற்ற முறையிலோ பரிசோதிப்பது நோயாளிக்குத் தாங்கமுடியாத வலியை ஏற்படுத்துமாதலால் மயக்க மருந்து கொடுத்த பிறகு சோதனை செய்யவேண்டும்.

சிகிச்சை முறை: ஆரம்ப காலத்தில் மலச் சிக்கலைத் தவிர்ப்பதும், வலியைப் போக்கக்கூடிய களிம்புகளை கழிவாயில் தடவுவதும் இந் நோயைக் குணப்படுத்தும். சுருங்கு தசை இறுக்கமாக இருந்தால் மயக்க மருந்து கொடுத்து, சுருங்கு தசையை விரல்களினுல் இழுத்து விரிவுபடுத்த வேண்டும். அப்படிச் செய்வதன் மூலம் சுருங்குதசையைத் தாற்காலிகமாகச் செயலிழக்கச் செய்வதால் வெடிப்பு ஆறுவதற்கு ஏதுவாக இருக்கும். மயக்கமருந்து கொடுக்காமலேயே எண்ணெய் கலந்த லிக்னேகேன் என்னும் மருந்தைக் கழிவாயைச் சுற்றிலும் சுருங்கு தசையினுள்ளும் ஊசி மூலம் செலுத்தி அந்த இடம்

உணர்வற்றுப் போனபின் சுருங்கு தசையை விரிவாக்கலாம். நாட்பட்ட வெடிப்பாயின் அதில் நார் அணு வளர்ச்சி அதிக அளவில் இருக்குமாதலால் மேற்சொன்ன முறைகள் பயனளிக் காது. அத்தகையோருக்கு அறுவைச் சிகிச்சையை மேற் கொண்டு வெடிப்பு, அதைச் சார்ந்த தோல் முடிச்சு ஆகியவை களை அகற்றிய பின் அதன் அடியிலுள்ள உள் சுருங்கு தசையைத் துண்டித்துவிடவேண்டும். சிலசமயம் கழிவாயின் வலப்புறம் அல்லது இடப்புறம் சற்று தூரம் தள்ளி, தோல் வழியே கூரிய நீண்ட கத்தியை உள்ளே செலுத்தி உள் சுருங்கு தசையைத் துண்டிப்பதாலும் இந்நோயைக் குணப்படுத்தலாம்.

கழிவாய் சார்ந்த சீழ்க் கட்டிகள் (Perianal suppuration)

கழிவாயைச் சுற்றிலும், அதன் உட்புறமும் சீழ்க் கட்டிகள் ஏற்படலாம். இது ஆண்களைவிடப் பெண்களுக்கே அதிகமாக ஏற்படுகிறது. இதற்குத் தகுந்த சிகிச்சையளிக்காவிடில் இது கழிவாய்ப் புரைநோயாக மாறக்கூடும்.

காரணங்கள்: கழிவாயின் உட்புறச் சுவரில் நீட்டுவாக்கில் பல தடிப்புகள் உள்ளன. தடிப்புகள் கீழ்க்கோடியின் மத்தியில் கழிவாய் வால்வுகள் உள்ளன. அத்தகைய வால்வுகளின் மேல் உள்ள பள்ளத்தில் கழிவாய்ச் சுரப்பிகளின் (anal glands) நாளங் களின் முகப்புகள் உள்ளன. அம் முகப்புகளின் வழியாகக் கழிவாய்ச் சுரப்பிகளில் சுரக்கும் நீர் கழிவாயினுள் வடிகின்றது. அந் நாளங்களின் துவாரங்கள் அடைபட்டோ சேதமுற்றோ விடுமானால் சுரப்பிகளில் தேக்கம் உண்டாகி, சீழ்க்கட்டி ஏற்படும். மிகவும் இறுகிய மலம் கழிவாய்மூலம் வெளியேறும் போது உட்புறத்தில் சிறு புண்கள் ஏற்பட்டு அதன்வழி நோய் நுண்ணணுக்கள் உட்புகுவதாலும் சீழ்க் கட்டிகள் உண்டாக லாம். கழிவாய் வெடிப்பு, புண்ணாகிய மூலக் கட்டிகள், குரோன்ஸ் நோய், மலக்குடல் அழற்சிப் புண் ஆகிய நோய் களிலும் சீழ்க் கட்டிகள் ஏற்படுவதுண்டு.

கழிவாய் சார்ந்த சீழ்க் கட்டிகள் நான்கு வகைப்படும்:

1. பெரிஏனல் (Perianal)
2. சப்மியூக்கஸ் (Submucous)
3. இஸ்கியோரெக்டல் (Ischeorectal)
4. பெல்விரெக்டல் (Pelvirectal)

பெரிஏனல் சீழ்க்கட்டி கழிவாயின் வெளிப்புறச் சுருங்கு தசைக்கு உட்புறம் இருக்கும். சப்மியூக்கஸ் சீழ்க்கட்டி கழி

வாயினுள் ஈர அடர்படலத்தின் அடியில் இருக்கும். இஸ்கியோ ரெக்டல் சீழ்க்கட்டி இஸ்கியோரெக்டல் பகுதியில் உண்டாகும். பெல்விரெக்டல் சீழ்க்கட்டி லெவெட்டர் ஆணைத்தசைக்கு மேல் பெரிட்டோனியத்திற்குக் கீழ் இருக்கும்.

குணங்குறிகள் : இந் நோயில் கழிவாய்ப் பகுதியில் தாங்க முடியாத வலி இருக்கும். இந்த வலி மலம் கழிக்கும்போதும், உட்காரும்போதும், இருமல் வரும்போதும் அதிகமாகும். சிலருக்குக் காய்ச்சல் வருவதும் உண்டு. இந் நோயைக் கண்டறிவது மிகவும் எளிது. கழிவாய்ப் பகுதியை நேரடியாகப் பார்த்தே இதை அறிந்துகொள்ளலாம்.

சிகிச்சை முறை : எல்லாவிதச் சீழ்க் கட்டிகளுக்கும் உரிய சிகிச்சை நோயாளிக்கு மயக்க மருந்து கொடுத்து, கட்டியைக் கிழித்துச் சீழ் நன்கு வடிய வழியேற்படுத்துவதுதான். கட்டியைக் கிழித்தபின் விரலைவிட்டு அதனுள் உள்ள குறுக்குத் தடுப்புகளை உடைத்து எல்லா இடத்திலுள்ள சீழும் நன்கு வடியுமாறு செய்யவேண்டும். கட்டியின் மேல்புறம் மூடியுள்ள தோலைச் சிறிது வெட்டிஎடுத்துவிட்டால் சீழ் நன்கு வடிய ஏதுவாகும். பெல்விரெக்டல் சீழ்க்கட்டியைக் குணப்படுத்த சிலசமயம் வயிற்று வழியே அறுவைச் சிசிச்சை செய்யவேண்டி வரலாம்.

சிலசமயம் இத்தகைய சீழ்க் கட்டிகள் மிக வீரியம் உள்ள நுண்ணணுக்களால் ஏற்பட்டு விரைவில் அடுத்துள்ள இடங்களுக்குப் பரவும். பொதுவாக வாயுவை உற்பத்தி செய்யும் (Gas producing organisms) E. Coli போன்ற நுண்ணணுக்களின் அழற்சி மிகத் தீவிரமாகவும் விரைவில் வயிற்றுப் பகுதி மற்றும் பின்புறம் எல்லாம் பரவிவிடக்கூடியதாயும் இருக்கும். இவ்வணுக்களால் உண்டாக்கப்படும் நச்சுப் பொருள்கள் (Toxins) இரத்தத்தில் கலந்து, நோயாளியின் உயிருக்கே ஆபத்து ஏற்படலாம். தக்க சமயத்தில் செய்யும் சிகிச்சையினுல் இவ்வித விளைவுகளைத் தடுக்கலாம்.

சீழை வடிக்க முயற்சிசெய்வதுடன் நோய் நுண்ணணுக்களை அழிக்கும் மருந்துகளையும் (Antibiotics) தேவையானவற்றைத் தேவையான அளவுக்குக் கொடுத்துவர வேண்டும்.

கழிவாய்ப் புரைநோய் (Fistula in ano)

இந் நோயில் கழிவாயைச் சுற்றிலும் ஒன்ருே அல்லது ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட துவாரங்களோ ஏற்பட்டு அதன் வழியே

சீழ் கசிந்துகொண்டிருக்கும். இத் துவாரங்களின் உள் முகப்பு கழிவாயினுள்ளோ அல்லது மலக்குடலினுள்ளோ காணப்படும். இவ்விணைப்பு வழியைச் சுற்றித் தடித்த நார்த் திசுக்கள் (Fibrous tissues) இருக்கும். உட்புறம் மணல் திசுக்களால் (Granulation tissues) ஆனதாக இருக்கும். ஆரம்ப காலத்தில் சீழ்க்கட்டியாகத் தோன்றி, தானுகவே உடைந்துகொண்டு புரைநோயாக மாறுகிறது. இந் நோய் பவுத்திரம் என்றும் அழைக்கப்படுகிறது. காசநோய் நுண்ணணுக்களாலும் இந் நோய் ஏற்படலாம். மேலும் மலக்குடல் புண் அழற்சி, குரோன்ஸ் நோய், மலக்குடல் புற்றுநோய், அரையாப்புக் கட்டி நோய், (Lymphogranuloma Venirium) ஆகியவைகளிலும் இப் புரை நோய் ஏற்படலாம்.

இந் நோயிலுள்ள இணைப்பு வழி (Fistulous tract) லெவெட்டர் ஆணைத் தசையைத் துளைத்துக்கொண்டு அதன் மேற்புறம் மலக்குடலில் சேருமானுல் அது உயர்மட்டப் புரை நோய் என்றும், அத்தசைக்குக் கீழ்ப்புறமே மலக்குடலிலோ கழிவாயிலோ இணையுமாஞல் வாயின் கீழ்மட்டப் புரைநோய் என்றும் அழைக்கப்படுகிறது. புரைநோயின் வெளிமுகப்பு கழிவாயின் இட - வலப் புறத்தை இணைக்கும் குறுக்குக் கோட்டிற்கு முன்புறமிருந்தால் அதன் இணைப்பு வழி ஒரு நேர் கோட்டில் அமையும். குறுக்குக் கோட்டிற்குப் பின்புறம் வெளிமுகப்பு இருந்தால் இணைப்பு வழி குதிரைலாடம் போல வளைந்து பின்புறம் மையப் பகுதியை அடைத்து இணையும்.

நோய் இயல்பு: இந் நோயில் வெளிப்புற முகப்பு வழியாகச் சீழ் கசிந்துகொண்டிருக்கும். சிலருக்கு அதனுல் அப் பகுதியில் நமைச்சல் ஏற்படுவதும் உண்டு. சில சமயம் வெளிப் புற முகப்பு தானுகவே மூடிக்கொள்வதும் சிறு சீழ்க்கட்டியாக மாறி மீண்டும் உடைத்துக்கொள்வதுமாக மாறிமாறி வரும். வெளிப்புற முகப்பில் சிவப்பு நிற மணல்திசுக்கள் நீட்டிக் கொண்டிருக்கக்கூடும். கழிவாய் வழியாக விரல்விட்டு, சோதனை செய்தால் உட்புற முகப்பும் இணைப்பு வழியும் நன்கு புலப்படும். கழிவாயில் ஒரு விரலை வைத்துக்கொண்டு அதே சமயத்தில் வெளிப்புற முகப்பு வழியாக வளையும் தன்மையுடைய சிறு கம்பியைச் செலுத்தினல் அக் கம்பி இணைப்பு வழிமூலம் உட்புற முகப்பையடையும். இம் முறையில் கீழ்மட்டப் புரைநோயா அல்லது உயர்மட்டப் புரை நோயா என்பதை எளிதில் அறிந்துகொள்ளலாம். 'மலக்குடல் நோக்கி' (Proctoscope) மூலம் நேரடியாகவே சில சமயம் உட்புற முகப்பைப் பார்க்க முடியும்.

சிகிச்சை முறை : முதலில் சொல்லியுள்ளதுபோல் வளையும் தன்மையுள்ள கம்பியைப் புரைநோய் இணைப்பு வழியில் செலுத்தி வெளி முகப்பு உள்முகப்பு இணைப்பு வழி யாவற்றையும் அதன் மேல்புறம் மூடியுள்ள தோலுடன் சேர்த்து அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் வெட்டியெடுக்க வேண்டும். ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட இணைப்பு வழி இருந்தால் அவை யாவற்றையும் நீக்க வேண்டும். உயர்மட்டப் புரைநோய் இருப்பின் அதை வெட்டியெடுக்கும்போது கழிவாய் சுருங்கு தசைகள் பாதிக்கப்பட்டு நோயாளிக்கு மலத்தை அடக்க முடியாத நிலை ஏற்படுமாதலால் இவ்வகைப் புரைநோயைக் குணப்படுத்த 'கோலாஸ்டமி' செய்து மலக்குடல் வழியே மலம் வராமல் செய்தால் இந் நோய்க்கான அறுவைச் சிகிச்சையில் ஏற்படும் புண் ஆறுவதற்கு நீண்ட நாள்கள் ஆகலாம். வேறு இடத்திலிருந்து தோல் எடுத்து இப் புண்ணில் ஒட்டுவதால் விரைவில் ஆறிவிடும்.

மலக்குடல் இறக்கம் (Prolapse rectum)

இந்நோயில் மலக்குடல் இறங்கிக் கழிவாயின் வழியே வெளியே நீட்டிக்கொண்டு வரும். இது எந்த வயதிலும் ஏற்படலாம். குழந்தைகளுக்குப் பகுதியிறக்கமும் (Partial prolapse) முதியவர்களுக்கு முழு இறக்கமும் (Complete prolapse) ஏற்படும்.

காரணங்கள் : குழந்தைகளுக்கு அடிக்கடி பேதியுண்டா னல் மலக்குடல் இறக்கம் ஏற்படும். பெரியவர்களுக்கு மூல நோயினுலும் கழிவாய்ச் சுருங்கு தசை வலுவிழப்பதாலும் இந் நோய் ஏற்படுகிறது.

நோய் இயல்பு : குழந்தைகள் மலம் கழிக்கும்போது மலக் குடல் வெளியே நீட்டிக்கொண்டுவரும். பிறகு தானுகவோ அல்லது விரல் வைத்து உள்ளே தள்ளுவதாலோ மேலே சென்றுவிடும். பெரியவர்களுக்கு இருமும்போதும், மூச்சுப் பிடித்து ஏதாவது வேலை செய்யும்போது மலம் கழிக்கும் போதும் மலக்குடல் இறக்கம் ஏற்படும். கழிவாய்மூலம் இரத்தமும் சளி போன்ற மியூக்கஸ் கசியக்கூடும். பகுதியிறக் கத்தில் ஈர அடர்படலம் மட்டும் வெளியே நீட்டிக்கொண்டு வரும். அப்படி நீட்டிக் கொண்டிருக்கும் பகுதியின் நீளம் $3\frac{1}{2}$ முதல் 5 சென்டிமீட்டர் வரைதான் இருக்கும். முழு இறக் கத்தில் மலக்குடலின் எல்லா அடுக்குகளும் சேர்ந்து இறங்கும். இதன் மொத்த நீளம் 12 சென்டிமீட்டர்வரை இருக்கும். மேல்

பரப்பிலுள்ள ஈர அடர்படலம் ஒன்றன்மேல் ஒன்ருக உள்ள பல வளையங்களைக் கொண்டதாக இருக்கும். இறங்கிய பகுதியைச் சுற்றிலும் விரல் வைத்துச் சோதனை செய்தால் கழிவாய்க்கும் இறங்கிய பகுதிக்கும் இடைவெளி இல்லாதது தெரியவரும். அப்படி இடைவெளியிருந்தால் குடல் ஏற்றம் மலக்குடல் தொங்குதசை இவைகளில் ஏதேனும் இருக்க முடியுமே தவிர, அது மலக்குடல் இறக்கம் ஆகாது. பெரும்பாலும் நோயாளியே தாளுகவே உள்ளே தள்ளிக்கொள்ளத் தெரிந்துவைத்திருப்பார்.

சிகிச்சை: குழந்தைகளுக்கு ஏற்படும் பகுதியிறக்கம் நாளடைவில் தாளுகவே சரியாகிவிடும். சரியான மலப் பழக்கமும் அடிக்கடி பேதியாவதைத் தவிர்த்தலும்தான் இதற்குரிய சிகிச்சையாகும். ஈர அடர் படலத்திற்குக் கீழ் ‘பீனல்’ என்னும் மருந்தை ஊசி மூலம் செலுத்துவதால் ஈர அடர்படலம் அதன் அடிப்புறமுள்ள தசைகளுடன் ஒட்டிக்கொண்டு இறங்குவது நின்றுவிடும். பெரியவர்களுக்குப் பகுதி இறக்கம் ஏற்பட்டால் மூல நோய்க்குச் செய்வதுபோல் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து நீட்டிக்கொண்டிருக்கும் ஈர அடர்படலத்தை நீக்கிவிடலாம். கழிவாய்ச் சுருங்கு தசைகள் செயலற்று இருப்பின் இவ்விதச் சிகிச்சை பயனளிக்காது. அத்தகையோருக்கு மின்விசையைப் பயன்படுத்தி, சுருங்கு தசையை ஊக்குவிக்கலாம். அல்லது கழிவாயைச் சுற்றி நைலான் அல்லது ஸ்டெயின்லெஸ் ஸ்டீல் கம்பி இவைகளைத் தோலுக்கடியில் பொருத்தி, கழிவாய் முகப்பை ஓரளவு நெருக்குவதால் பகுதியிறக்கத்தைக் குணப்படுத்தலாம்.

முழு இறக்கம் உள்ளவர்களுக்குச் சுருங்கு தசை சரிவர வேலை செய்வதில்லை. அதனுல் அறுவைச் சிகிச்சை பெரும்பாலானவர்களுக்குத் திருப்திகரமாக அமைவதில்லை. இருப்பினும் மேற்சொன்ன நைலான் அல்லது ஸ்டெயின்லெஸ் ஸ்டீல் வளையம் பொருத்துதல், அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் மலக்குடல், சிக்மாய்ட் பெருங்குடல் பகுதிகளை அகற்றுதல், இறங்கிய மலக்குடல் பகுதியை நீக்குதல், லெவெட்டர் ஆணைத் தசையை மலக்குடலைச் சுற்றி இறுக்கித் தைத்தல், மலக்குடல் அதன் சுற்றியுள்ள திசுக்களுடன் ஒட்டிக்கொள்ளுமாறு இரசாயனப் பொருள்களை அதைச்சுற்றிப் பொருத்துதல் ஆகிய முறைகளைக் கையாண்டு இந் நோயைக் குணப்படுத்த முடியும். இம்முறைகள் தோல்வியுற்ருல் கோலாஸ்டமி செய்வதைத் தவிர வேறு வழியில்லை.